

Mütterliches Rooming-in bei frühgeborenen Kindern
Die Entwicklung von Bonding, Selbstwirksamkeit, Selbstvertrauen und
psychischer Belastung

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
Dr.med.
an der Medizinischen Fakultät
der Universität Leipzig

eingereicht von:

Dorothea Maria Faßlrunner

geboren am 14.05.1988 in Filderstadt

angefertigt im Klinikum St. Georg, Neonatologie, Leipzig

Betreuer/in: Prof. Dr.med. E. Robel-Tillig
Klinik für Kinder und Jugendliche
Sozialstiftung Bamberg

Prof. Dr. Kai von Klitzing
Dr. Annette Klein
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters
Universität Leipzig

Beschluss über die Verleihung des Doktorgrades vom 18.06.2019

Inhaltsverzeichnis

I	Abkürzungsverzeichnis.....	I
II	Abbildungsverzeichnis.....	II
III	Tabellenverzeichnis.....	III
1	Einleitung	1
2	Theoretische Einführung.....	3
2.1	Frühgeborene Kinder: Prävalenz und Mortalität.....	3
2.1.1	Entwicklung von frühgeborenen Kindern im Kontext psychosozialer Faktoren....	4
2.2	Die Besonderheiten der Beziehungsbildung im stationären Kontext.....	5
2.2.1	Quellen der Belastung.....	6
2.2.2	Die mütterliche psychische Belastung durch die Frühgeburt	8
2.2.3	Besonderheiten in der kindlichen und mütterlichen Interaktion	9
2.3	Förderung der Eltern-Kind-Bindung.....	10
2.3.1	Paradigmenwechsel in der Versorgung von Frühgeborenen und ihren Eltern ..	11
2.3.2	Maßnahmen zur Förderung des elterlichen Bondings in der Neonatologie.....	12
2.4	Rooming-in: Umsetzung bei frühgeborenen Kindern und Auswirkungen auf die Mutter	15
3	Aufgabenstellung	19
4	Materialien und Methoden.....	22
4.1	Untersuchungsplan	22
4.2	Einschlusskriterien	24
4.3	Instrumente.....	24
4.3.1	Fragebogen zur Erfassung von Anzeichen gestörten mütterlichen Bondings	26
4.3.2	Fragebogen zur Einschätzung der mütterlichen Selbstwirksamkeit	26
4.3.3	Fragebogen zum mütterlichen Selbstvertrauen	27
4.3.4	Fragebogen zur Erfassung der mütterlichen psychischen Belastung	28
4.3.5	Fragen zur Soziodemographie.....	28
4.3.6	Offene Fragen zum Rooming-in	29
4.4	Fallzahlplanung	29
4.5	Zeitpunkte der Datenerhebung	30
4.6	Teilnehmerraten	30
4.7	Statistische Analyse.....	32
5	Ergebnisse	33
5.1	Deskriptive Daten.....	33
5.1.1	Die Stichprobe.....	33
5.1.2	Die frühgeborenen Kinder der teilnehmenden Mütter	36

5.1.3	Charakteristika der Mütter, die nicht am Rooming-in teilgenommen haben	39
5.2	Ergebnisse der Hypothesentestung	42
5.2.1	Entwicklung des mütterlichen Bondings.....	42
5.2.2	Entwicklung der mütterlichen Selbstwirksamkeit	43
5.2.3	Entwicklung des mütterlichen Selbstvertrauens	45
5.2.4	Entwicklung der mütterlichen psychischen Belastung	47
5.3	Explorative Datenanalyse: Die Entwicklung des mütterlichen Bondings, Selbstwirksamkeit, Selbstvertrauens und psychischen Befindens nach der Entlassung	49
5.3.1	Entwicklung des mütterlichen Bondings nach der Entlassung	50
5.3.2	Entwicklung der mütterlichen Selbstwirksamkeit nach der Entlassung	50
5.3.3	Entwicklung des mütterlichen Selbstvertrauens nach der Entlassung	51
5.3.4	Entwicklung der mütterlichen psychischen Belastung nach der Entlassung	52
5.4	Explorative Datenanalyse bezüglich weiterführender Aspekte des Rooming-ins	54
5.4.1	Gründe der Mütter, ein Rooming-in wahrzunehmen	54
5.4.2	Gründe der Mütter, nicht an einem Rooming-in teilzunehmen	55
5.4.3	Erwartungen an die Zeit auf der Nachsorgestation	56
5.4.4	Fragen zur Vorbereitung auf die Entlassung.....	58
5.4.5	Fragen zur Sicherheit im Umgang mit dem Kind und Informationsbedarf der Mütter zum Zeitpunkt des Follow-ups.....	62
5.4.6	Fragen zu Unsicherheiten der Mütter zu Hause	63
5.4.7	Stillpraxis	64
6	Diskussion.....	65
6.1	Diskussion der Hypothesen.....	65
6.1.1	Entwicklung des mütterlichen Bondings im Kontext Rooming-in.....	65
6.1.2	Entwicklung der mütterlichen Selbstwirksamkeit im Kontext Rooming-in	67
6.1.3	Entwicklung des mütterlichen Selbstvertrauens im Kontext des Rooming-in....	69
6.1.4	Entwicklung der mütterlichen psychischen Belastung im Kontext Rooming-in .	70
6.2	Die weitere Entwicklung des mütterlichen Bondings, mütterlichen Selbstwirksamkeit, Selbstvertrauens und der psychischen Belastung nach der Entlassung	72
6.2.1	Entwicklung des mütterlichen Bondings nach der Entlassung	72
6.2.2	Entwicklung der mütterlichen Selbstwirksamkeit nach der Entlassung	72
6.2.3	Entwicklung des mütterlichen Selbstvertrauens nach der Entlassung	73
6.2.4	Entwicklung der mütterlichen psychischen Belastung nach der Entlassung	73
6.3	Gründe der Mütter für ein Rooming-in.....	74
6.4	Gründe der Mütter gegen die Teilnahme an einem Rooming-in.....	75
6.5	Erwartungen der Mütter an den Aufenthalt auf der Nachsorgestation	76

6.6	Das Rooming-in als Vorbereitung der Eltern auf die Entlassung nach Hause.....	78
6.7	Das Rooming-in und die Förderung des mütterlichen Bondings durch Stillen.....	79
6.8	Limitationen der Studie.....	80
6.8.1	Studiendesign.....	80
6.8.2	Methoden.....	81
6.8.3	Stichprobe	82
6.9	Fazit und Ausblick.....	84
7	Zusammenfassung	87
9	Anlagen	101
9.1	Fragebögen	101
9.2	Erklärung über die eigenständige Abfassung der Arbeit	110
9.3	Lebenslauf	111
9.4	Veröffentlichungsverzeichnis.....	113
10	Danksagung.....	114

I Abkürzungsverzeichnis

Abb: Abbildung

CTG: Cardiotokogramm

DESTATIS: Deutsches Statistisches Bundesamt

DIMDI: Deutsches Institut für Medizinische Information und Dokumentation

EACH: European Association for Children in Hospital

ELBW: extremely low birth weight

etc: ecetera

GG: Geburtsgewicht

g: Gramm

HELLP: hemolysis, elevated liver enzymes, low platelet count

ICD: International Classification of Diseases

LBW: low birth weight

LM: Lebensminute

NRI: Nicht-Rooming-in (keine Teilnahme am Rooming-in)

NVK: Nabelvenenkatheter

RI: Rooming-in

RKI: Robert-Koch-Institut

SCENE: Separation and Closeness Experiences in the Neonatal Environment

SS: Schwangerschaft

SSW: Schwangerschaftswoche

UNICEF: United Nations Children's Fund

VLBW: very low birth weight

WHO: World Health Organisation

z.B.: zum Beispiel

ZVK: Zentraler Venenkatheter

II Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Teilnehmerraten.....	31
Abb. 2: Höchster Bildungsabschluss der Mütter	34
Abb. 3: Nettoeinkommen des gesamten Haushaltes	34
Abb. 4: Entwicklung mütterlicher Bondingprobleme.....	43
Abb. 5: Entwicklung der mütterlichen Selbstwirksamkeit	44
Abb. 6: Entwicklung des mütterlichen Selbstvertrauens	46
Abb. 7: Entwicklung der mütterlichen psychischen Belastung	48
Abb. 8: Gründe für ein Rooming-in	54
Abb. 9: Fragen zur Vorbereitung auf die Entlassung	58
Abb. 10: Helfende Faktoren während eines Rooming-ins.....	59
Abb. 11: Rooming-in auf der Nachsorgestation im Klinikum St. Georg, Leipzig	86

III Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über die Befragungszeitpunkte und die eingesetzten Messinstrumente	23
Tabelle 2: Zuordnung, Beispielitems und Reliabilität der verwendeten Skalen	25
Tabelle 3: Soziodemographische Daten der Mütter	35
Tabelle 4: Häufigkeit der Geburts- und Schwangerschaftskomplikationen.....	36
Tabelle 5: Geburtscharakteristiken der Kinder	37
Tabelle 6: Einteilung der Kinder nach ihrem Geburtsgewicht.....	37
Tabelle 7: Einteilung der Kinder nach ihrer SSW	37
Tabelle 8: Häufigkeit der respiratorischen Komplikationen	37
Tabelle 9: Weitere kindliche Komplikationen	38
Tabelle 10: Aufenthaltsdauer auf der Nachsorgestation, Wochenbettstation, Intensivstation von Mutter und Kind in Tagen	39
Tabelle 11: Vergleich der Anzahl an vorherigen Frühgeburten	40
Tabelle 12: Vergleich kindlicher Daten (SSW, GG, APGAR)	40
Tabelle 13: Vergleich des höchsten Bildungsabschlusses der Mütter.....	41
Tabelle 14: Gestörtes mütterliches Bonding T1/T2.....	42
Tabelle 15: Mütterlichen Selbstwirksamkeit T1/T2.....	44
Tabelle 16: Mütterliches Selbstvertrauen T1/T2	45
Tabelle 17: Mütterliche psychische Belastung T1/T2.....	47
Tabelle 18: Darstellung der Subskalen Depression, Angst und Stress T1/T2	48
Tabelle 19: Gestörtes mütterliches Bonding T2/T3.....	50
Tabelle 20: Mütterliche Selbstwirksamkeit T2/T3.....	51
Tabelle 21: Mütterliches Selbstvertrauen T2/T3	51
Tabelle 22: Mütterliche psychische Belastung T2/T3.....	52
Tabelle 23: Darstellung der Subskalen Depression, Angst und Stress T2/T3	53
Tabelle 24: Weitere Gründe der Mütter, an einem Rooming-in teilzunehmen.....	55
Tabelle 25 :Gründe der Mütter, nicht an einem Rooming-in teilzunehmen.....	56
Tabelle 26: Erwartungen der Mütter an die Zeit auf der Nachsorgestation	57
Tabelle 27: Erfüllte Erwartungen der Mütter	60
Tabelle 28: Unerfüllte Erwartungen der Mütter	61
Tabelle 29: Fragen zum Follow-up	62
Tabelle 30: Unsicherheiten der Mütter.....	63
Tabelle 31: Stillrate bei Entlassung sowie zum Follow-up.....	64

1 Einleitung

Ein „Rooming-in“, definiert von der WHO 1998, bedeutet die gemeinsame Unterbringung von Mutter und Kind in einem Zimmer im Krankenhaus (World Health Organization, 1998). Für gesunde Neugeborene ist ein Rooming-in durch Initiativen von der WHO/UNICEF seit den 1970er Jahren flächendeckend eingeführt und heute für beide Elternteile möglich. Die Kosten für eine elterliche Begleitperson im Krankenhaus wird von den deutschen Krankenkassen vollständig übernommen (Czysz, 2018). Dies entspricht der Forderung der EACH-Charta (European Association for Children in Hospital, 2016), in dessen Artikel 2 es heißt: „Kinder haben das Recht, ihre Eltern oder eine andere Bezugsperson jederzeit bei sich zu haben.“ Ein Rooming-in für frühgeborene Kinder ist in Deutschland jedoch noch nicht selbstverständlich. Dies liegt häufig an der räumlichen Unterbringung der frühgeborenen Kinder, die für eine Mitaufnahme der Eltern nicht ausgelegt ist. So gibt es in Deutschland nur wenige Krankenhäuser, die eine stationäre Aufnahme der Eltern/eines Elternteils von frühgeborenen Kindern über eine längere Zeitdauer ermöglichen können. Da circa jedes zehnte Kind zu früh geboren wird und meist eines längeren Krankenhausaufenthaltes nach der Geburt bedarf, betrifft dies eine große Anzahl von Familien. Eva Mildenberger beschreibt diese Situation für kranke Neugeborene und Frühgeborene als paradox: „Ausgerechnet den kranken Neugeborenen wird die Möglichkeit eines frühen und dauerhaften Kontaktes zur Mutter vorenthalten. Also gerade denjenigen Neugeborenen, die auf Grund körperlicher Beeinträchtigungen besonders auf die Unterstützung durch ihre Mutter angewiesen sind.“ (Mildenberger, 2010, S.7). In den vergangenen Jahren erfolgte bereits eine Sensibilisierung für die Wichtigkeit der Einbeziehung der Familie in der Versorgung des frühgeborenen Kindes. So zeigt sich eine größere Beachtung der Belastungen der Familie durch eine zu frühe Geburt des Kindes. Die Neonatologie durchläuft einen Paradigmenwechsel, in dem die Bedeutung der Eltern-Kind-Beziehung für die weitere Entwicklung der frühgeborenen Kinder ein zentrales Element ist. So werden beziehungsfördernde Maßnahmen wie der Haut-zu-Haut-Kontakt, das Stillen, die Beteiligung der Eltern an der Versorgung des Kindes und die Stärkung der Selbstwirksamkeit und des Selbstvertrauens der Eltern heute vermehrt auf neonatologischen Stationen praktiziert. Es wird angenommen, dass die räumliche Gestaltung neonatologischer Stationen die Durchführung dieser bindungsfördernden Maßnahmen erleichtern und einen positiven Einfluss auf die Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung haben (Flacking & Dykes, 2013). Deshalb sind Rooming-in und Familienzimmer ein steigender Trend in der Neonatologie weltweit und werden häufiger als

„state of the art“ bezeichnet. Dies zeigt sich aktuell z.B. in der Etablierung von Rooming-in in der Charité Berlin seit Beginn des Jahres 2017 (Ärzteblatt, 2017) sowie im derzeitigen Neubau des „Hale Family Clinical Building“ des Boston childrens hospital, eines der führenden pädiatrischen Krankenhäuser der Welt. Dort sollen bis zum Jahr 2021 30 neonatologische Familienzimmer entstehen (Boston Children's Hospital, 2018).

Die Auswirkungen eines Familienzimmers/ Rooming-ins bei frühgeborenen Kindern auf die Eltern sind jedoch bisher nicht ausreichend erforscht. Ein Rooming-in gilt zwar allgemein als förderlich, es wurde jedoch vor allem bei reifgeborenen Kindern und ihren Müttern untersucht. Diese Erkenntnisse sind jedoch nicht direkt übertragbar, da sich die Eltern und ihre frühgeborenen Kinder während eines Rooming-in in einer nicht vergleichbaren gesundheitlichen Ausnahmesituation befinden. Bisher gibt es nur wenige Studien mit kleinen Fallzahlen, die die Auswirkungen eines Rooming-ins auf die Eltern von frühgeborenen Kindern beleuchten. Längsschnittstudien sowie Studien, in denen mehrere Aspekte gemeinsam betrachtet werden, sind nur vereinzelt durchgeführt worden. Deshalb sind hierzu wissenschaftliche Erkenntnisse notwendig, da sie z.B. auch für einen kostspieligen Umbau der neonatologischen Stationen entscheidend sein können. Ausgehend von dieser Forschungslücke wurden in der vorliegenden Studie die Auswirkung des Rooming-ins auf die Mütter von frühgeborenen Kindern untersucht. So wurde die Entwicklung von mütterlichem Bonding, Selbstwirksamkeit, Selbstvertrauen und psychischem Befinden während eines Rooming-ins sowie nach der Entlassung bei einem Nachsorgetermin näher untersucht. Um das Bild zu ergänzen, wurden zusätzlich wichtige Aspekte der Mütter wie u.a. Erwartungen an ein Rooming-in und Gründe bezüglich eines Rooming-ins mittels offener Fragen erhoben.

Zunächst soll in der vorliegenden Arbeit in die Thematik eingeführt und der gegenwärtige Erkenntnisstand zu den einzelnen Fragestellungen dargestellt werden. Hierauf folgt der empirische Teil der Arbeit, in dem der Untersuchungsplan, die Einschlusskriterien, die verwendeten Instrumente, die Fallzahlplanung, die Teilnehmerraten, die Zeitpunkte der Datenerhebung sowie die statistischen Analysen erläutert werden. Im Ergebnisteil werden zuerst die Ergebnisse der deskriptiven Datenanalyse aufgeführt, danach wird auf die Hypothesentestung und die explorativen Fragestellungen eingegangen. Abschließend erfolgt eine Diskussion der Arbeit sowie ihre Einordnung in den theoretischen Kontext. Diese beinhaltet eine kritische Reflexion der Limitationen der Arbeit sowie einen Ausblick, in dem über die Forschungsarbeit hinausgehende Ideen und Richtungen formuliert werden.

2 Theoretische Einführung

Folgend wird als erstes die Zielgruppe der frühgeborenen Kinder kurz vorgestellt. Dann wird der Kenntnisstand zum Einfluss der psychosozialen Faktoren auf die Entwicklung von frühgeborenen Kindern erläutert. Anschließend wird auf die Besonderheiten der Beziehungsbildung zwischen Eltern und dem frühgeborenen Kind im stationären Kontext eingegangen. Danach werden Möglichkeiten der Förderung der Eltern-Kind-Bindung aufgezeigt und der bisherige Forschungsstand bezüglich der Auswirkungen eines Rooming-ins auf die Mütter von frühgeborenen Kindern dargestellt.

2.1 Frühgeborene Kinder: Prävalenz und Mortalität

Die Frühgeburtslichkeit eines Kindes wird definiert gemäß der World Health Organization (WHO, ICD 10) als die Geburt vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche (SSW) bzw. vor 259 vollendeten Tagen im Mutterleib (DIMDI, 2016). Insgesamt kommen nach einer Auswertung der WHO im Jahr 2012 weltweit jährlich rund 15 Millionen Kinder als Frühgeborene zur Welt. Global liegt die Frühgeburtsrate bei 5-18 % aller Lebendgeborenen mit einer ansteigenden Tendenz in fast allen Ländern der Welt. Die deutsche Frühgeburtsrate lag im Jahr 2014 bei rund 9 % aller Lebendgeborenen (Aqua-Institut, 2015) und gehört damit zu einer der höchsten in Europa (5-10 %) (Euro-Peristat project, 2008). Den überwiegenden Anteil der Frühgeborenen, mehr als 80 %, machen späte Frühgeborenen aus (>32-37 SSW), rund 10 % sind sehr unreife Frühgeborene (28-32 SSW) und nur rund 7 % extrem unreife Frühgeborene (<28 SSW) (Aqua-Institut, 2015). Auch in Deutschland zeigte sich von 2001 bis 2008 Zunahme der Frühgeburten von 7,4 eine % auf 9 % aller Lebendgeburten; seit 2011 zeigte sich die Rate von rund 9 % jedoch stabil (Aqua-Institut, 2015). Die Frühgeburtslichkeit stellt noch immer weltweit die Hauptursache der peri- und neonatalen Mortalität dar (Althabe, Howson, Kinney, & Lawn, 2012). Gleichzeitig kam es in den letzten Jahrzehnten zu einer starken Abnahme der Sterbefälle in Deutschland im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht (im Jahr 1998: 886 Säuglinge; im Jahr 2015: 427 Säuglinge). Dank des besseren Verständnisses der pathophysiologischen Zusammenhänge in der Neonatologie konnte besonders die Sterblichkeit von extrem untergewichtigen (ELBW) Frühgeborenen gesenkt werden (RKI und DESTATIS).

2.1.1 Entwicklung von frühgeborenen Kindern im Kontext psychosozialer Faktoren

Diese weiterhin hohe Prävalenz von Frühgeborenen und das Überleben von immer unreiferen Frühgeborenen verschiebt den Fokus von der Akutversorgung auf die Unterstützung der weiteren Entwicklung der Kinder. Im Vergleich zu reifgeborenen Kindern treten bei extrem und sehr frühgeborenen Kindern häufiger Entwicklungsverzögerungen oder Funktionseinschränkungen auf (Allen, Cristofalo, & Kim, 2011; Wolke, Schulz, & Meyer, 2001). Auch fällt die Aufmerksamkeit vermehrt auf die große Gruppe der späten Frühgeborenen, da selbst wenige Wochen einer zu frühen Geburt die Morbidität und Mortalität im Vergleich zu Reifgeborenen ansteigen lässt (Allen, 2008). In der Mannheimer Risikokinderstudie, einer Längsschnittstudie mit 384 Kindern, wurde die psychische Entwicklung und ihre Störungen bei Kindern mit unterschiedlich ausgeprägten Risiken von der Geburt bis ins Erwachsenenalter untersucht. Dort konnte gezeigt werden, dass die weitere Entwicklung von Frühgeborenen nicht nur von biologischen, sondern auch von psychosozialen Faktoren abhängt (Laucht et al., 1992; Laucht, Esser, & Schmidt, 2000; Laucht & Schmidt, 1994; Miceli et al., 2000). Laucht et al. (2000) beschreiben diesen komplexen Zusammenhang folgendermaßen: „Die Prognose von Risikokindern hängt [...] von einer Vielzahl weiterer Faktoren ab, die an der Vermittlung und Modifikation der Effekte früher Risiken wesentlich beteiligt sind. Dazu gehören sowohl Merkmale der Familie, deren emotionale und soziale Ressourcen und Belastungen die Entwicklung von Risikokindern in starkem Maße mit beeinflussen, als auch Merkmale des Kindes selbst, das mit seiner Fähigkeit, auf die Umwelt einzuwirken, auch seine Entwicklung selbst zu steuern vermag“ (S.258). Dies unterstreicht die Wichtigkeit der Qualität der Eltern-Kind Beziehung in der Neonatologie (Bengel, Meinders-Lücking, & Rottmann, 2009; Machul, 2008; Wolke et al., 2001). Besonders wurde bisher die Mutter-Kind-Beziehung untersucht. Die Qualität der Mutter-Kind-Beziehung scheint ein Mediatorfaktor zwischen perinatalem Risiko und Entwicklungsergebnis des Kindes zu sein (Hoffenkamp et al., 2012). Weiterhin wird angenommen, dass die Bildung einer starken Bindung zwischen Mutter und Kind zu positiverem Erziehungsverhalten führt und somit die kognitive sowie neurobehaviorale Entwicklung des Kindes unterstützt (Bicking Kinsey & Hupcey, 2013; Slade, Belsky, Aber, & Phelps, 1999). Auch ein mütterliches Bonding scheint eine wichtige Rolle zu spielen. Bicking Kinsey und Hupcey (2013) beschreiben mütterliches Bonding als einen Prozess, der von der Mutter ausgeht und vor allem während des ersten Lebensjahres des Kindes stattfindet. Bonding wird oft beschrieben als die gefühlte Verbindung der Mutter zum Kind. Der Begriff „Bonding“ wurde maßgeblich durch Klaus und

Kennell (1976) und ihrem Buch „Maternal-infant bonding“ geprägt. Es leitete weitreichende Veränderungen in den Krankenhauspraktiken wie z.B. das Rooming-in ein (Davis, Mohay, & Edwards, 2003; Hoffenkamp et al., 2012). Folgen eines sich nicht entwickelnden mütterlichen Bondings können das Fehlen von mütterlichen Gefühlen, Irritabilität, Feindseligkeit sowie Ablehnung des Kindes zur Folge haben. Dies hat möglicherweise eine Vermeidung und Vernachlässigung des Kindes zur Folge (Brockington, 1996; Brockington et al., 2001). Vom Bonding zu unterscheiden ist die Bindungstheorie von Mary Ainsworth und John Bowlby, in der das Bindungsverhalten der Kinder zu ihren Eltern beschrieben und anhand beobachtender Methoden getestet wird, z.B. anhand des Fremde-Situations-Test (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). Hier können vier Bindungstypen unterschieden werden: die sichere Bindung, die unsicher-vermeidende Bindung, die unsicher-ambivalente Bindung und die desorganisierte Bindung. Auch wenn Bonding und das Bindungsverhalten der Kinder unterschiedliche Richtungen der Beziehung beschreiben, sind sie doch stark miteinander verknüpft. So fördert z.B. die starke emotionale Bindung der Mutter zu ihrem Kind ein liebevolles Verhalten, was gekennzeichnet ist durch eine hohe Anzahl an Halten, Kuscheln und Berührungen, häufigem Augenkontakt, Lächeln und liebevollen Fütterungen im Arm (Mooney, 2010). Dieses liebevolle Verhalten ist gleichzeitig Grundlage für die Bindungsentwicklung des Kindes zur Mutter. Brazelton formulierte eine eigene Definition für Bonding und Bindung. Er beschrieb Bonding als das „falling in love“, Bindung (attachment) jedoch als das „staying in love“ (Mooney, 2010).

2.2 Die Besonderheiten der Beziehungsbildung im stationären-Kontext

Frühgeborene Kinder müssen oft nach der Geburt über eine längere Zeit stationär im Krankenhaus behandelt werden. In diesem Kontext befinden sich die Eltern in der ersten Phase der Beziehungsbildung in einer besonderen Belastungssituation. Dieser psychischen Belastung von Eltern wird in jüngster Zeit mehr Beachtung geschenkt. Dies spiegelt sich auch in dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses im Jahr 2015 wieder: Neonatologien mit Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500g sind nun verpflichtet, eine professionelle psychosoziale Unterstützung der Eltern bereitzustellen (GBA-Beschluss 17.09.2015).

Welche Quellen der Belastung es für die Eltern gibt, wie die Stressreaktion der Eltern ausfällt und welche Besonderheiten es in der Mutter-Kind-Interaktion gibt, soll im Folgenden dargelegt werden.

2.2.1 Quellen der Belastung

Eine Frühgeburt kann nach dem Konzept von Filipp und Aymanns (2010) als ein kritisches Lebensereignis für die Eltern bezeichnet werden. Carlitscheck (2013) fasste dies wie folgt zusammen: „Demnach stellt die Frühgeburt eine nicht normative, sondern abrupt und unvorhergesehen eintretende krisenhafte Erfahrung dar, die einen hohen Wirkungsgrad besitzt und zentrale Lebensbereiche und -pläne der Eltern tangiert. Die dadurch ausgelöste Erschütterung des Passungsgefüges zwischen Individuum und Umwelt (Erschütterung des Selbst- und Weltbildes) führt zu intensiven, negativen Affekten, insbesondere zum Gefühl mangelnder Kontrollierbarkeit und Einflussnahme“ (S.99). So sind die Eltern nach der zu frühen Geburt ihres Kindes mit einer Reihe von Stressoren konfrontiert, die folgend dargestellt werden.

Ein erster Aspekt ist die Unterbrechung der pränatalen Elternwerdung durch das meist plötzliche Ereignis der Frühgeburt, was anhand des entwicklungspsychologischen Phasenmodells der Psychologin Gabriele Gloger-Tippelt (Gloger-Tippelt, 1985, 1988) nachvollzogen werden kann. So kann die Vorzeitigkeit der Entbindung dazu führen, dass die Eltern noch nicht mit der mentalen Vorbereitung auf ihr Kind abgeschlossen haben. Oft stößt ein idealisiertes Vorstellungsbild des Kindes auf den Kontrast eines unreifen Frühgeborenen und führt bei der Mutter zu negativen Gefühlen wie Enttäuschung (Lindberg & Öhring, 2008). Hinzu kommen Selbstzweifel, Schuld- und Schamgefühle der Mutter, kein gesundes Kind zur Welt gebracht zu haben. Im Rahmen der Frühgeburt kann es auch dazu kommen, dass das mütterliche Fürsorgesystem noch nicht voll ausgeprägt ist oder durch die psychische Belastung gehemmt ist (George, Solomon, Cassidy, & Shaver, 2008). Reichert und Rüdiger (2012) beschreiben die Situation folgendermaßen: „Damit begegnen sich nach der Entbindung zwei Individuen, [...] die die erforderliche Feinabstimmung von Fürsorge- und Bindungssystem aber nur auf sehr elementarer Ebene während der Zeit der Schwangerschaft vollziehen konnten“ (S. 35).

Als weiteren Belastungsfaktor muss die Internalisierung der Elternschaft im Kontext der meist zeitweiligen Trennung vom Kind vollzogen werden. Während eines mehrwöchigen Aufenthaltes des Kindes im Krankenhaus sind die Eltern mit der unvertrauten, potenziell ängstigenden Umgebung der Intensivstation und den hohen kognitiven Anforderungen bezüglich komplexer medizinischer Sachverhalte konfrontiert. Die Internalisierung der Elternschaft wird als ein erfahrungsabhängiger Normalisierungsprozess beschrieben (Gloger-Tippelt, 1988, 2008; Heermann, Wilson, & Wilhelm, 2005; Jackson, Ternestedt, & Schollin, 2003). Je mehr die Eltern Zeit mit dem Kind verbringen und Handlungsroutinen aufbauen, desto mehr stellt sich eine Vertrautheit ein sowie das Gefühl, Mutter bzw.

Vater zu sein. Die Situation in der Neonatologie wirkt durch die meist unumgängliche zeitweise Trennung von Eltern und Kind und die Angewiesenheit auf Pflegepersonal dieser normalen Entwicklung entgegen. Trennungen entstehen z.B. durch die häufige Entbindung von Frühgeborenen per Kaiserschnitt, z.B. mit einer Prävalenz von 74,4% bei Kindern in Deutschland mit einem Geburtsgewicht unter 1500g (Aqua-Institut, 2011 zitiert nach Kolip, Nolting, & Zich, 2014). Nach diesem Eingriff ist die Mutter selbst für einige Tage Patientin auf der Wochenbettstation und befindet sich in einem beeinträchtigten Gesundheitszustand. Zum anderen ist die erste Phase nach der Geburt des frühgeborenen Kindes besonders komplikationsreich, sodass meist ein Aufenthalt auf der Intensivstation erforderlich ist, bis die Stabilisierung des kindlichen Gesundheitszustands gesichert ist. In dieser akuten Phase belasten die unkontrollierbaren Veränderungen des Gesundheitszustandes des Kindes und die ungewisse Zukunft die Eltern sehr. Jedoch auch nach der anfänglichen akuten Versorgung ist eine räumliche Trennung von Eltern und Kind weiterhin in den Neonatologien gängig (Flacking et al., 2012). Die Eltern kommen oft über mehrere Wochen als Besucher ihrer Kinder auf die Station. Andreas Fröhlich (zitiert nach Carlitscheck, 2013, S.100) charakterisierte 1997 die Situation folgendermaßen: „Wie lernt man Eltern zu werden, wenn der natürliche Lehrmeister, das Baby, nicht anwesend ist?“. In einer Metaanalyse von Aagaard & Hall (2008) von 14 qualitativen Studien wurden von den Forschern fünf Metaphern entwickelt, die die Elternwerdung der Mütter auf der neonatologischen Intensivstation zusammenfassen: So zeigte sich bei den Müttern die Entwicklung „Von „ihrem“ Kind zu „meinem“ Kind“. Zudem zeigte sich dort „das Streben danach, eine wirklich normale Mutter zu sein“. In Bezug auf das turbulente neonatale Umfeld zeigte sich die Entwicklung „Vom Vordergrund zum Hintergrund“. Bezüglich der Pflege und der Rückforderungsstrategien der Rollen zeigte sich die mütterliche Entwicklung „von leiser Wachsamkeit zur Anwaltschaft“ sowie „von ununterbrochen Fragen zum Plaudern um Wissen auszutauschen“. Weitere Quellen der Belastung können auch die Alltagsbewältigung mit Geschwisterkindern, logistische und finanzielle Anforderungen sowie unsensible Reaktionen des sozialen Umfeldes sein (Wense & Bindt, 2013). Miles, Funk, and Kasper entwickelten 1991 ein Instrument zur Erfassung spezifischer Stressoren in der Neonatologie, die „NICU parental stressor scale“. Untersuchungen mit diesem Instrument sowie qualitative Untersuchungen zeigen, dass das Nichtausüben der elterlichen Rolle z.B. durch eine Trennung als einer der wichtigsten Stressoren von den Eltern eingestuft wird. Zusätzlich wird das kindliche Aussehen als Stressor eingeschätzt. Die Atmosphäre und die technische Ausstattung auf der Station wird hingegen als weniger belastend empfunden (Affonso et al., 1992; Franck, Cox, Allen, & Winter, 2005; Smithgall, 2010).

2.2.2 Die mütterliche psychische Belastung durch die Frühgeburt

Eltern von Frühgeborenen erleben durch die beschriebenen Stressoren eine erhebliche emotionale Belastung während der Postpartalzeit. Zeichen dafür sind Niedergeschlagenheit bis Depression, Angstsymptome und Gefühle der Hilflosigkeit. Besonders gut erforscht ist dies bei Müttern von Frühgeborenen. Die Prävalenz einer postpartalen Depression bei Müttern liegt allgemein bei 13-19 % (O'Hara & McCabe, 2013). Bei Müttern von Frühgeborenen liegt diese bei bis zu 33 % (Vigod et al. 2010). Bei Müttern von sehr unreifen Frühgeborenen (< 32 SSW) kann sie bis zu 40 % betragen (Davis, Edwards, Mohay, & Wollin, 2003; Vigod, Villegas, Dennis, & Ross, 2010). Das häufigere Auftreten einer postpartalen Depression bei Müttern von Frühgeborenen ist wiederum ein Risikofaktor für die Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung (Korja et al 2008). Depressive Mütter werden allgemein als negativer und weniger feinfühlig in der Mutter-Kind-Interaktion beschrieben (Mesman et al. 2009, Nicol-Harper et al. 2007). Durch die postpartale Depression ist die Mutter in ihren emotionalen und interaktionalen Fähigkeiten eingeschränkt. Wense und Bindt (2013) charakterisieren eine depressive Mutter folgendermaßen: „[sie ist im] mimisch [en] und gestisch [en] Ausdruck zurückgenommen, spricht mit leiser, modulationsarmer Stimme und hat aufgrund einer symptomatischen Beeinträchtigung ihrer Konzentration und Aufmerksamkeit Mühe, die Signale ihres Kindes zeitnah zu erfassen und angemessen zu beantworten.“ Die Depression der Mutter kann sich damit auch negativ auf die Entwicklung des Kindes auswirken (Kingston, Tough, & Whitfield, 2012; Singer et al., 1999). Hierbei spielt unter anderem die geringere Förderung des Kindes eine Rolle (Stein et al., 1991).

Des Weiteren zeigen Mütter von Frühgeborenen in der Postpartalzeit vermehrt Angstsymptome (Doering, Moser, & Dracup, 2000; Franck et al., 2005). In einer Studie von Zelkowitz, Papageorgiou, Bardin, und Wang (2009) mit 56 Müttern von sehr untergewichtigen frühgeborenen Kindern (VLBW) war die mütterliche Angst assoziiert mit einem weniger sensitiven Verhalten der Mütter und einer weniger gut strukturierten Interaktion zwischen Mutter und Kind in der Nachfolgeuntersuchung im korrigierten Alter von 24 Monaten des Kindes.

Inwieweit die psychische Belastung der Mütter von Frühgeborenen bestehen bleibt, wurde überwiegend bei Müttern von sehr untergewichtigen Frühgeborenen (VLBW) untersucht. Zusammengefasst scheint die mütterliche psychische Belastung besonders im ersten Lebensjahr des Kindes erhöht zu sein und mit fortschreitender Zeit abzunehmen, um auf das Niveau von Müttern von Termingeborenen zu sinken (Carter, Mulder, Framp-ton, & Darlow, 2007; Singer et al., 1999; Treyvaud, 2014). Mütter von untergewichtigen

Frühgeborenen (LBW) zeigen vor allem in den ersten drei Monaten vermehrt Zeichen für eine postpartale Depression; bei Müttern von sehr untergewichtigen Frühgeborenen (VLBW) waren die Symptome v.a. in den ersten 12 Monaten nach Geburt des Kindes nachweisbar (Vigod et al., 2010). Dass Mütter von sehr unreifen Frühgeborenen (VLBW) ein höheres Risiko für langanhaltende Belastung haben, zeigte auch eine neuere Studie von Treyvaud, Lee, Doyle, and Anderson (2014). Dort konnte eine mütterliche emotionale Belastung in Form von Angst, Depression und Erziehungsstress auch noch sieben Jahre nach der Geburt nachgewiesen werden. Auch das Auftreten von einer posttraumatischen Belastungsstörung kann zu den langfristigen Folgen einer Frühgeburt zählen (Holditch-Davis, Robin Bartlett, Blickman, & Miles, 2003; Kersting et al., 2004). Auf diese wird hier jedoch nur kurz eingegangen, da sie nicht Teil der Untersuchung war. So zeigten in der Studie von Pierrehumbert, Nicole, Muller-Nix, Forcada-Guex, & Ansermet (2003) 18 Monate nach der Geburt eines frühgeborenen Kindes 67% der Mütter klinisch signifikante Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung im Vergleich zu 6% der Mütter mit termingeborenen Kindern.

2.2.3 Besonderheiten in der kindlichen und mütterlichen Interaktion

Bei einem schwierigen Start ins Leben wurde vermutet, dass sich dies auf die Eltern-Kind-Beziehung auswirken könnte. Deshalb haben frühere Studien die Bindung frühgeborener Kinder untersucht. In einer systematischen Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2012 von Korja, Latva und Lehtonen (2012), in die 18 Studien eingeschlossen wurden, zeigte sich kein erhöhtes Risiko für eine unsichere Bindung von frühgeborenen im Vergleich zu termingeborenen Kindern zu ihren Müttern anhand eines durchgeführten Fremde-Situations-Tests im Alter von 11-14 Monaten. Eine spätere Studie von Wolke, Eryigit-Madzwamuse, and Gutbrod (2014) zeigte dagegen vermehrt eine desorganisierte Bindung bei sehr untergewichtigen Frühgeborenen (VLBW), die die Autoren durch kindliche Probleme in der neurologischen Entwicklung erklären. In den Studien, die im Review von Korja et al. (2012) beschrieben werden, konnte innerhalb der ersten zwei Lebensjahre der Frühgeborenen jedoch behaviorale und emotionale Defizite in der Interaktionskapazität der frühgeborenen Kinder festgestellt werden. Frühgeborene Kinder waren passiver und weniger alert in der Interaktion im Vergleich zu termingeborenen Kindern, wobei das sich langsamer entwickelnde autonome Nervensystem eine Rolle zu spielen scheint (Feldman & Eidelman, 2007). Dies äußert sich bei den Frühgeborenen durch selteneren Blickkontakt, weniger Mimik, weniger Aufmerksamkeit und weniger Vokalisation auf mütterliche Sprachreize (Wense & Bindt, 2013). Auf Grund der kindlichen Eigenschaften

werden so oft höhere Anforderungen an die Eltern als Interaktionspartner gestellt. Die passivere Interaktion und das fehlende kindliche Feedback kann Eltern von Frühgeborenen verunsichern (Kalbér & Kühn, 2013). Bei Müttern von Frühgeborenen wurden Anpassungen des Verhaltens wie ein kompensatorisches Elternverhalten als Reaktion auf die geringere Reaktivität des Kindes beschrieben (Shandor Miles & Holditch-Davis, 1995). Dabei versuchen die Eltern, die negativen Auswirkungen der Frühgeburt durch eine erhöhte elterliche Fürsorge auszugleichen. Dieses Verhalten wurde schon früh auch bei anderen Hochrisikokindern oder kranken Kindern beschrieben (Beckwith & Cohen, 1978). So zeigen einige Studien trotz der genannten Erschwernisse ein positiveres Verhalten von Müttern von Frühgeborenen im Vergleich zu Reifgeborenen anhand positiverer mütterlicher Interaktion und mehr zärtlichem Halten des Kindes (Crawford, 1982; Korja et al., 2008). Auch gibt es Berichte über eine geringere Anzahl an Bondingproblemen in dieser Population (Hoffenkamp et al., 2012). Jedoch kann es auch zu einer beeinträchtigten Interaktion kommen. In der Studie von Muller-Nix et al. (2004) zeigten vor allem Mütter von Hochrisikokindern sowie Mütter, die eine traumatische Stresserfahrung in der Perinatalzeit erfahren haben ein weniger sensibles und kontrollierenderes Verhalten nach sechs Monaten im Vergleich zu Müttern von reifgeborenen Kindern. Auch wurde bei Eltern von Frühgeborenen ein „Vulnerable Child Syndrom“ beschrieben. Es wird definiert als ein erhöhtes Gefühl der Verletzlichkeit des Kindes nach einer risikoreichen Erfahrung, was danach unabhängig von medizinischen Risiken auftritt (Thomasgard & Metz, 1995). Das „Vulnerable Child Syndrom“ ist assoziiert mit erhöhter mütterlicher Ängstlichkeit und kann sich auch negativ auf die Mutter-Kind-Beziehung und die neurologische Entwicklung des Kindes auswirken (Allen et al., 2004; Ocampo, Macias, Saylor, & Katikaneni, 2003). So zeigten sich bei Frühgeborenen im korrigierten Alter von einem Jahr, die von ihren Müttern als vulnerabler eingeschätzt wurden, geringere motorische und kognitive Entwicklungen (Allen et al., 2004).

2.3 Förderung der Eltern-Kind-Bindung

Im Wissen um die erschwerte Elternwerdung, die emotionale Beeinträchtigung der Eltern und der Besonderheiten in der Interaktion stellt die Förderung des mütterlichen/elterlichen Bondings eine wichtige Maßnahme in der Neonatologie dar. Im Folgenden werden der Paradigmenwechsel in der Versorgung von Frühgeborenen und wichtige bindungsfördernde Maßnahmen vorgestellt. Dabei wird besonders auf die Rolle des Rooming-ins und auf die aktuelle räumliche Versorgung von frühgeborenen Kindern eingegangen.

2.3.1 Paradigmenwechsel in der Versorgung von Frühgeborenen und ihren Eltern

In den 1960er Jahren entstand die Neonatologie als eigene Fachrichtung. Im Fokus stand in den Anfängen der Neonatologie die Entwicklung technischer und pflegerischer Möglichkeiten, um das Überleben der frühgeborenen Kinder zu sichern. Das Kind wurde dabei als defizitäres Wesen angesehen, das auf die Befriedigung der Grundbedürfnisse wie Temperaturregulation, Ernährung und Infektionsvorbeugung angewiesen war (Davis, Mohay et al., 2003). Die Eltern spielten keine Rolle in der Versorgung der Kinder und ein Aufbau einer Eltern-Kind-Beziehung wurde nicht als bedeutsam angesehen (Carlitscheck, 2013). Die Eltern wurden vielmehr als eine Infektionsgefahr für ihr Kind betrachtet und strenge Besuchszeiten minimierten den Besuch auf wenige Minuten am Tag in steriler Kleidung (Davis, Mohay et al., 2003; White, 2004). Änderungen dieser Haltung schafften in den 1970er Jahren Studien, die zeigten, dass es zu keiner erhöhten Infektionsrate durch den elterlichen Kontakt kam (Davis, Mohay et al., 2003). Dies führte zu einer größeren Flexibilität in den Besuchszeiten der Intensivstationen und ließ die Rolle der Eltern als Versorger für ihr frühgeborenes Kind wachsen. Es führte auch zu weitreichenden Veränderungen in der Rolle der Pflegekräfte, die nun die Aufgabe bekamen, Verantwortung abzugeben, die Eltern zu bestärken, in der Pflege anzuleiten und einzubeziehen (Carlitscheck, 2013). Auch die Forschungsbefunde bezüglich der Wahrnehmungsfähigkeit des frühgeborenen Kindes und die Anerkennung seiner eigenen Persönlichkeit änderte die Einstellung in der neonatologischen Versorgung (Davis, Mohay et al., 2003). Zusammengefasst ist heute das primäre Ziel der neonatologischen Versorgung die Sicherung des Überlebens und möglichst der körperlichen Unversehrtheit des Kindes sowie die Prävention langfristiger, psychosozialer Entwicklungsprobleme (Carlitscheck, 2013). Dieses Umdenken wird als ein Paradigmenwechsel in der Neonatologie bezeichnet. Die Konzepte der familienzentrierten Pflege sowie der entwicklungszentrierten Pflege spiegeln diesen Paradigmenwechsel wider. In diesem Kontext soll auf die familienzentrierte Pflege kurz eingegangen werden. Das Konzept der familienzentrierten Pflege schließt Eltern, Fachkräfte und das Kind mit ein (Gooding et al., 2011). Die Grundidee ist, dass die Eltern die Bedürfnisse ihrer Kinder am besten kennen und eine besondere Bedeutung für die optimale kindliche Entwicklung haben (Carlitscheck, 2013). Wichtige Aspekte sind die Haltung gegenüber den Eltern, die auf Wertschätzung, Kooperation, Information, Aufklärung und Partizipation der Eltern an der Pflege und an Entscheidungen basiert. Des Weiteren spielen familienorientierte Rahmenbedingungen wie

z.B. Stillzimmer, Rooming-in-Möglichkeiten, entwicklungsfördernde Pflege, ein Entlassungsmanagement (Vorbereitung, Rooming-in-Zimmer) und die Nachsorge eine wichtige Rolle. Wichtige Ziele der familienzentrierten Pflege sind die Förderung der Eltern-Kind-Bindung (z.B. durch Förderung der elterlichen Feinfühligkeit, des Stillens, der Kängurupflege) und die Unterstützung der psychosozialen Entwicklungsprozesse der Eltern. Der familienzentrierte Ansatz findet generell große Akzeptanz, jedoch ist die Umsetzung oft noch nicht ausreichend erreicht, wie die Studie in Deutschland von Kißgen, Carlitscheck, Rapp, & Franke, 2012 zeigt. Auch in den USA ist man mit der Umsetzung noch nicht ausreichend zufrieden (Petersen, 2004).

2.3.2 Maßnahmen zur Förderung des elterlichen Bondings in der Neonatologie

Die Förderung des mütterlichen/elterlichen Bondings durch körperliche Nähe zum Kind in der Neonatologie ist gut untersucht (Bicking Kinsey & Hupcey, 2013). Diese Nähe kann durch die Beteiligung der Eltern an der Pflege ihres Kindes sowie durch bindungsfördernde Maßnahmen wie Stillen und Kängurupflege gefördert werden.

Die Beteiligung der Eltern an der Pflege ihres Kindes stellt ein tiefes Bedürfnis der Eltern von Frühgeborenen dar (Cleveland, 2008). Zum einen entspricht die Beteiligung einem aktiven Coping-Ansatz der Eltern in der Stresssituation „Frühgeburt“. Die Beteiligung hilft den Eltern, die Kontrolle über die Situation zurückzugewinnen und psychischen Stress zu verringern (Jiang, Warre, Qiu, O'Brien, & Lee, 2014). Zum anderen ist die Übernahme von Verantwortung in der Pflege ein wichtiges Element für die Eltern, ihre Elternrolle annehmen zu können (Gay & Franck, 1998). Durch die Beteiligung fühlen sich die Eltern weniger ausgeschlossen und haben das Gefühl, am Entwicklungsprozess ihres Kindes Anteil zu nehmen (Jiang et al., 2014; Wigert, Johansson, Berg, & Hellström, 2006). Als Eltern tragen sie einen wesentlichen Teil für das Wohlbefinden des Kindes bei, indem sie externale Stimuli zur Fütterung bereitstellen wie z.B. die Brust und Milchgeruch, beruhigend wirken durch Stimme und Geruch und Nähe geben durch Hautkontakt, Halten und Streicheln (Jiang et al., 2014).

Wie wichtig die Kommunikation des Pflegepersonals mit den Eltern ist, zeigte sich in der Studie von Guillaume et al. (2013). Dort waren die Kommunikation sowie die Art und Weise, in der das Pflegepersonal das frühgeborene Kind behandelte ein Mittel, elterlichen Stress zu reduzieren und Interaktion mit dem Kind möglich zu machen. So war es sehr wichtig für die Eltern, Erklärungen zum kindlichen Gesundheitszustand zu erhalten, die Funktionsweise der Station und der Ausstattung gezeigt zu bekommen und über

mögliche Änderungen informiert zu werden. Über diese die Eltern beruhigende Kommunikation kann das Pflegepersonal den Bindungsaufbau zwischen Eltern und Kind im Kontext des stationären Aufenthaltes unterstützen. Zudem hängt die Beteiligung von den Eltern in der Pflege von Frühgeborenen mit einer erhöhten Sicherheit im Umgang mit dem Kind zusammen (Wigert et al., 2006).

Ein weiteres wichtiges Element zur Förderung des mütterlichen Bondings stellt das Stillen dar. Viele Mütter müssen ihre Muttermilch über mehrere Wochen abpumpen und mit der Flasche füttern bzw. per Magensonde sondieren, bis das frühgeborene Kind stabil und kräftig genug ist, an der Brust zu saugen. Insgesamt ist die Stillrate vor allem bei sehr frühgeborenen Kindern geringer als bei reifgeborenen Kindern (Bonet et al., 2011). Auch benötigen Mütter von frühgeborenen Kindern mehr emotionale sowie praktische Unterstützung zur Förderung des Stillens als Mütter von reifgeborenen Kindern (Lucas, Paquette, Briere, & McGrath, 2014). In einem integrativen Review von Ikonen, Paavilainen, and Kaunonen (2015) zu Erfahrungen von Müttern von Frühgeborenen erwies sich das Stillen/Abpumpen als eine wichtige Copingstrategie der Mütter. Zum einen half es, eine Verbindung mit dem Kind aufzubauen und die Mutterschaft zu stärken. Zum anderen mussten die Mütter jedoch auch mit den neuen Anforderungen des Stillens wie mit Stillschwierigkeiten, der interferierenden Stationsumgebung und dem Abpumpen umgehen.

Eine weitere unterstützende Maßnahme des mütterlichen/väterlichen Bondings ist die Känguruhpflege (Kangaroo mother care). Känguruhpflege beinhaltet das Liegen des nur mit einer Windel bekleideten Kindes auf der nackten Brust des Vaters oder der Mutter (Conde-Agudelo & Díaz-Rossello, 2016). In einem Cochrane Review des Jahres 2016 (Conde-Agudelo & Díaz-Rossello, 2016) konnte in zwei Studien gezeigt werden, dass die Känguruhpflege zu einem erhöhten Gefühl der Bindung der Mutter zum Kind führte und dass es einen positiven Einfluss auf die Mutter-Kind-Interaktion hatte (Gathwala, Singh, & Balhara, 2008; Tallandini & Scalembra, 2006). In der Studie von Lee und Shin (2007), die nicht Teil des Reviews war, konnte der Einfluss der Känguruhpflege auf die mütterliche Bindung zum Kind sowie auf das mütterliche Selbstvertrauen jedoch nicht reproduziert werden. Des Weiteren zeigte sich im Rahmen der Känguruhpflege bei den Müttern eine erhöhte Milchproduktion und ein längeres und exklusives Stillen sowie eine erhöhte Beteiligung der Mutter an der Pflege ihres Kindes (Gathwala, Singh, & Balhara, 2008). Auch zeigten die Mütter ein erhöhtes Gefühl der Kompetenz in stressvollen Situationen (Tessier, Cristo, Velez, & Girón, 1998) und eine verminderte emotionale Belastung (Lee & Shin, 2007) als in der Vergleichsgruppe ohne Känguruhpflege. Des Weiteren

ren wird angenommen, dass die Känguruhpflege einen Mediator für eine höhere mütterliche Selbstwirksamkeit darstellt. In einer sehr kleinen brasilianischen Studie mit zehn Müttern zeigte sich bei vermehrter Känguruhpflege eine signifikante Zunahme der Selbstwirksamkeit über die Zeit der Hospitalisierung sowie bis zu einem Follow-up. (Spehar & Seidl, Eliane Maria Fleury, 2013).

Ein weiteres verwendetes Konzept u.a. zur Unterstützung der Mutter-Kind-Beziehung ist das Konzept der Selbstwirksamkeit, das von A. Bandura Ende der 1970er Jahre im Kontext der sozial-kognitiven Lerntheorie entwickelt wurde. Bandura beschreibt in seiner Theorie den Einfluss der eigenen Kompetenzerwartung auf das Verhalten (Gerrig, 2015). Die elterliche Selbstwirksamkeit wird deshalb definiert als die Überzeugung der Eltern von ihren Fähigkeiten sowie ihr Glaube, die Anforderungen, die an sie als Eltern in Bezug auf die Versorgung des Kindes gestellt werden, zu erfüllen (Montigny & Lacharité, 2005). Es konnte gezeigt werden, dass Menschen mit einer positiven Erwartung an ihre Fähigkeiten unabhängig von ihren wirklichen Fähigkeiten eine größere Chance haben, das gewünschte Ziel zu erreichen. Erklärt wurde dies durch eine erhöhte Motivation, einem größeren Durchhaltevermögen sowie eine niedrigere Frustration bei Misserfolgen. Die Selbstwirksamkeit stellt daher eine mobilisierbare persönliche Ressource dar. Nach Bandura entspringt die Selbstwirksamkeit aus vier Aspekten: eigenem Handeln und direkten Erfahrungen (besonders die Bewältigung krisenhafter Lebenssituationen), stellvertretenden Erfahrungen durch das Beobachten Anderer, sprachlicher Überzeugung (z.B. Ermutigungen durch andere oder sich selbst) und dem physiologischen und affektiven Status (Überwachung der eigenen emotionalen Erregung gibt Aufschluss, ob Erfolgsaussichten bestehen) (Gerrig, 2015). Der Review von Jones und Prinz (2005) zeigte einen positiven Zusammenhang zwischen mütterlicher Selbstwirksamkeit und mütterlicher Kompetenz. Teti et al. (1996) konnten eine höhere mütterliche Feinfühligkeit bei höherer mütterlicher Selbstwirksamkeit nachweisen.

Das Konzept des mütterlichen Selbstvertrauens zeigt große Überschneidungspunkte mit dem Konzept der Selbstwirksamkeit (Montigny & Lacharité, 2005). Bandura grenzte das Konzept jedoch ab, indem er das Selbstvertrauen charakterisierte als einen Begriff, der die Stärke der Überzeugung widerspiegelt, jedoch nicht notwendigerweise aussagt, wie sicher man sich dabei fühlt (Bandura, 1997). Weiterhin wurde Selbstvertrauen als ein eher stabiler Zustand definiert, der weniger situationsabhängig oder situationsspezifisch ist, wohingegen die Selbstwirksamkeit anhand der gestellten Aufgabe stärker variiert (Glidewell & Livert, 1992). Hohes mütterliches Selbstvertrauen war in der Studie von Liu,

Chen, Yeh, and Hsieh (2012) mit reifgeborenen Kindern verbunden mit niedrigerem mütterlichen Stress in Bezug auf die Elternschaft. Bezüglich Selbstvertrauen von Müttern von Frühgeborenen besteht hier eine Forschungslücke.

Gefördert werden kann der Aufbau der Eltern-Kind-Bindung auch durch die Unterstützung von feinfühligem Elternverhalten (Bengel et al., 2009). Nach der Theorie von Mary Ainsworth bedeutet feinfühliges Verhalten, dass Eltern das Verhalten ihres Kindes wahrnehmen, adäquat interpretieren, prompt reagieren und dabei Belastungsgrenzen beachten (Ainsworth, Bell, & Stayton, 1974). Da dieser Aspekt nicht im Fokus der vorliegenden Arbeit steht, wird diese Maßnahme hier nicht weiter ausgeführt.

Zusammenfassend sind wichtige Maßnahmen zur Förderung der Mutter-Kind-Bindung bei Müttern von Frühgeborenen die Beteiligung der Eltern an der Versorgung des Kindes, die Stillförderung, Hautkontakt (Kängurupflege), die Kommunikation des Personals, die Förderung der mütterlichen Selbstwirksamkeit und des Selbstvertrauens und die Förderung von feinfühligem Elternverhalten.

2.4 Rooming-in: Umsetzung bei frühgeborenen Kindern und Auswirkungen auf die Mutter

Bisher gehört ein Rooming-in nicht zur Standardversorgung von frühgeborenen Kindern. In Deutschland zeigte sich in der Untersuchung zur familienzentrierten Betreuung in der Neonatologie von Carlitscheck (2013), dass 64,8% der 364 befragten Fachleute aus 28 Perinatalzentren das Vorhandensein einer Eltern-Kind-Einheit verneinten. Auch auf europäischer Ebene gibt es noch starke Unterschiede. In einer Studie in Schweden, Niederlande, Belgien, Spanien, Italien, Frankreich, UK, Dänemark in den Jahren 2004-2006 differierten die Häufigkeiten, dass beide Eltern die Nacht auf der neonatologischen Station verbringen konnten, stark. So konnten Eltern nur zu 14% in Spanien, jedoch zu 78% in Schweden ein Rooming-in wahrnehmen, was ein deutliches europäisches Nord-Süd-Gefälle aufzeigt (Greisen et al. (2009)). Neuere Studien sind der Autorin zum jetzigen Zeitpunkt nicht bekannt. Folgend wird auf den aktuellen Forschungsstand bezüglich der Auswirkungen eines Rooming-ins bzw. Familienzimmers auf die Eltern eingegangen. Dabei sollen besonders Studien zu Bonding, Selbstwirksamkeit, Selbstvertrauen und psychischem Befinden von Müttern von frühgeborenen Kindern vorgestellt werden.

Bisher gibt es vorrangig qualitative Studien, die folgend dargestellt werden. Die durchgeführten qualitativen Interviews bezüglich der Entwicklung von mütterlichem Bonding im Zusammenhang mit einem Rooming-in/Familienzimmer bei frühgeborenen Kindern zeigen eine positive Wirkung. In der qualitativen Studie von Beck et al. (2009), in der ein Rooming-in, ein Familienzimmer und eine offene Station miteinander verglichen wurden,

zeigte sich in Interviews mit fünf Eltern, dass ein Familienzimmer die Möglichkeit des Bondings unterstützte und die Mutter in der Beziehungsbildung zu ihrem Kind Fortschritte empfand. Die Teilnehmer empfanden sich bei einem Rooming-in mehr als Mütter oder Väter und weniger als Besucher ihres Kindes; in dem Familienzimmer empfanden sie sich als eine Familieneinheit. Auch in der qualitativen Studie von Bennett and Sheridan (2005), in der zehn Mütter, die ein Rooming-in bei ihren frühgeborenen Kindern wahrnahmen, mittels Interview befragt wurden, gaben fünf von zehn Müttern an, dass das Rooming-in ihnen beim Bonding geholfen habe. Es wurde geäußert, dass man (Mutter und Kind) sich nach dem Rooming-in ein wenig besser kennen würde. Dies bestätigte die qualitative Studie von Flacking et al. (2006), in der die Mütter äußerten, dass der private Raum ihnen half, sich als Mutter zu fühlen. Auch in einer Befragung des Personals der neonatologischen Station wurde ein Familienzimmer besser für das mütterliche Bonding eingeschätzt als ein offenes Stationsdesign (Domanico, Davis, Coleman, & Davis, B. O., Jr., 2010). In der Literatur finden sich somit Hinweise für eine Förderung des mütterlichen Bondings durch ein Rooming-in basierend auf qualitativen Studien. Forschungsbedarf besteht damit hinsichtlich Studien mit größeren Stichproben und standardisierten Instrumenten.

Dass während der Hospitalisierung des frühgeborenen Kindes die mütterliche Selbstwirksamkeit steigen kann unabhängig von einem Rooming-in, zeigte die Studie von Ribeiro & Kase (2017). Die Eltern konnten ihr Kind ohne Restriktionen 24 h lang besuchen und fast alle teilnehmenden Eltern praktizierten die Känguruhpflege (86%) oder nahmen an der Pflege des Kindes teil (82%). Auch in der Studie von Barnes & Adamson-Macedo (2007) zeigte sich während der Hospitalisierung ohne Möglichkeit eines Rooming-ins eine geringe, jedoch nicht signifikante Zunahme der Selbstwirksamkeit der Mütter. Diese Zunahme ist zu erklären mit der Möglichkeit der Beteiligung der Eltern an Pflege sowie der Durchführung von Känguruhpflege auch im Rahmen der Standardpflege. Ob ein Rooming-in /Familienzimmer vermehrt zu mütterlichen Selbstwirksamkeit führt, ist bisher erst in zwei Querschnittsstudien mit Kontrollgruppen untersucht worden. In der Studie von Wataker et al. (2012) mit Müttern von frühgeborenen Kindern (N=61) wurde die Selbstwirksamkeit sowie das mütterliche Selbstvertrauen zum Zeitpunkt der Entlassung untersucht. Die Selbstwirksamkeit und Selbstvertrauen wurden in dieser Studie gemeinsam betrachtet. Verglichen wurden Mütter, die ein Rooming-in im Rahmen eines Familienzimmers wahrnahmen mit Müttern, die an einer Standardpflege teilnahmen. Insgesamt zeigten sich Zeichen für eine erhöhte Selbstwirksamkeit und ein erhöhtes Selbstvertrauen bei Müttern, die ein Rooming-in wahrnahmen. Die Mütter fühlten sich bei der Entlassung besser informiert in der Pflege, fühlten sich gestärkter und fühlten

sich sicherer für ihr Kind zu sorgen ohne Anwesenheit von Pflegepersonal als Mütter in der Kontrollgruppe. In spezifischen Fragen zu ihrer Selbstwirksamkeit bezüglich des Interpretierens von kindlichen Signalen schätzten sich die Mütter jedoch nur in einer von fünf Fragen signifikant besser ein als Mütter, die an einer Standardpflege teilgenommen haben („Ich weiß, wann mein Kind hungrig ist“). In der zweiten aktuellen Studie zu mütterlicher Selbstwirksamkeit von Jones et al. (2016) mit N=56 Müttern von frühgeborenen Kindern konnte kein Unterschied in der Selbstwirksamkeit zwischen Müttern, die an der Standardpflege teilnahmen und Müttern, die ein Familienzimmer wahrgenommen hatten bei Entlassung aus dem Krankenhaus sowie bei einem Follow-up nach vier Monaten gezeigt werden. Bezüglich der Entwicklung des Selbstvertrauens während eines Rooming-ins bei Müttern von Frühgeborenen besteht noch weiterer Forschungsbedarf. Bei reifgeborenen Kindern zeigte eine koreanische Studie mit 128 Primiparae einen signifikanten Unterschied im mütterlichen Selbstvertrauen zwischen Müttern, die ein Rooming-in wahrgenommen hatten und Müttern, die kein Rooming-in wahrgenommen hatten am Ende des Aufenthaltes (Kim & Park, 2001).

Zusammengefasst ist anhand der sehr geringen Datenlage bisher nicht auszumachen, ob ein Rooming-in verstärkt zu einer Zunahme der Selbstwirksamkeit sowie des Selbstvertrauens bei Müttern von Frühgeborenen führt. Die Entwicklung von Selbstwirksamkeit sowie des Selbstvertrauens wird jedoch stark in Zusammenhang mit einer erhöhten Beteiligung der Mütter an der Pflege und Känguruhpflege gebracht.

In wieweit ein Rooming-in das mütterliche psychische Befinden positiv beeinflussen kann, wurde in den bisherigen Studien überwiegend mit kleinen Stichproben, unterschiedlichen Instrumenten und im Querschnitt untersucht. Die psychische Belastung wurde hierbei vor allem anhand von Fragebögen zu Stress in Bezug auf die Elternschaft erhoben. Dort zeigten sich noch inkonsistente Ergebnisse. In der Studie von Lester et al. (2014) mit 148 teilnehmenden Müttern in der Standardpflege und 235 teilnehmenden Müttern in Familienzimmern zeigte sich bei letzteren signifikant weniger Stress drei bis vier Tage vor Entlassung als bei Müttern, die an der Standardpflege teilnahmen (erhoben mit der „parental stressor scale“). In der Studie von Flacking et al. (2013) mit 300 teilnehmenden Müttern konnten nur geringe Unterschiede im mütterlichen Stressempfinden festgestellt werden zwischen Müttern, die ein Rooming-in wahrnahmen und Müttern, die kein Rooming-in wahrnahmen. So zeigten Mütter, die ein Rooming-in wahrnahmen, weniger mütterlichen Stress in der Skala „Inkompetenz“ des Fragebogens im korrigierten Alter von zwei Monaten des Kindes. In allen anderen Skalen wie „Restriktion der elterlichen Rolle“, „soziale Isolation“, „Beziehungsprobleme mit dem Partner“, „Gesundheitsprobleme“ ergaben sich jedoch keine Unterschiede. In der Studie von Erdevé et al.

(2009) mit N=49 Teilnehmerinnen konnte kein signifikanter Unterschied im mütterlichen Stress (anhand des Parenting Stress Index), in der Wahrnehmung der Verletzlichkeit des Kindes und bezüglich Zeichen einer postpartalen Depression zwischen Müttern in einem Familienzimmer und Müttern mit Standardpflege drei Monate nach Entlassung festgestellt werden. Auch in der Studie von Jones et al. (2016) (N=56) konnte kein Unterschied gesehen werden in Bezug auf Stress, Angst und Depressionssymptome bei Entlassung sowie nach vier Monaten nach Entlassung zwischen Müttern, die ein Familienzimmer wahrgenommen hatten und Mütter, die kein Familienzimmer wahrgenommen hatten (erhoben mit dem DASS-Fragebogen). Auch Smithgall (2010) konnte in ihrer Studie (N=51) keinen Unterschied in der Stresswahrnehmung zwischen Müttern mit und ohne Familienzimmer feststellen (erhoben mit der „parental stressor scale“). In der Studie von Pineda et al. (2012) zeigte sich bei Entlassung sogar eine leichte Stresszunahme bei Müttern in Familienzimmern (erhoben mit der „parental stressor scale“). In dieser Studie wurde die soziale Unterstützung der Mütter (social support) als Kontrollvariable für das emotionale Befinden der Mütter in die Berechnung miteinbezogen. Zusammengefasst zeigte bisher nur eine Studie mit größerem Stichprobenumfang einen positiven Einfluss auf das psychische Befinden der Mütter durch ein Rooming-in/Familienzimmer. Studien mit kleineren Stichprobenumfängen konnten keine Effekte darstellen in Bezug auf mütterliche Angst, Stress und Depressionssymptome bzw. sogar eine leichte Stresszunahme bei Müttern durch ein Rooming-in/Familienzimmer nachweisen.

3 Aufgabenstellung

Die zu frühe Geburt eines Kindes spielt durch ihre hohe Prävalenz von circa 9% aller Lebendgeburten in Deutschland, ihrem hohen Anteil an der perinatalen Mortalität sowie ihren weitreichenden Auswirkungen auf die weitere Entwicklung der Kinder eine große Rolle in der Kinderheilkunde. Neben der hochentwickelten medizinischen Versorgung der Kinder kam im Rahmen eines Paradigmenwandels ab den 1970er Jahren die Bedeutung der Eltern-Kind-Bindung für die weitere Entwicklung des frühgeborenen Kindes in den Fokus. Der Blick fiel auf die Eltern, für die die Frühgeburt oft ein kritisches Lebensereignis darstellt, dass mit seiner Vielfalt an Belastungen zu Angst, Stress und Depressionssymptomen insbesondere der Mutter führen kann. Die hohe emotionale Belastung, die Unterbrechung der pränatalen Elternwerdung und die erschwerte Internalisierung der Elternschaft im Kontext des Krankenhauses stellt für Mütter und ihre Kinder in der ersten Phase der Beziehungsbildung in eine besondere Herausforderung dar. Zusätzlich spielen kindliche Faktoren, wie eine durch die Unreife bedingte verminderte Interaktionskapazität oder mütterliche Faktoren wie das Empfinden einer erhöhten Verletzlichkeit des Kindes oder ein kompensatorisches Elternverhalten in der Beziehungsbildung eine Rolle. Maßnahmen zur Förderung mütterlicher Nähe wie die Känguruhpflege, das Stillen oder die Beteiligung der Mutter an der Pflege gehören zu den Grundelementen der familienzentrierten Pflege und werden heute in deutschen Neonatologien vermehrt praktiziert. Strukturelle, räumliche Veränderungen in der Versorgung der frühgeborenen Kinder und ihrer Eltern wie Rooming-in-Zimmer oder Familienzimmer verhindern die Trennung von Mutter und Kind. Auch wenn diese nicht verstärkte familienzentrierte Pflege garantieren können, so werden sie doch als helfende Faktoren angesehen, um wichtige Ziele der familienzentrierten Pflege vermehrt erreichen zu können. Bisher gibt es nur wenige Studien, die Hinweise darauf geben, wie ein Familienzimmer/Rooming-in sich auf das Bonding, die Selbstwirksamkeit, das Selbstvertrauen sowie auf die emotionale Belastung von Müttern von Frühgeborenen auswirkt. Dabei handelt es sich bei den bisherigen Studien vor allem um Querschnittsstudien. Gerade in den ersten Wochen nach der zu frühen Geburt ist jedoch anzunehmen, dass die Mütter sich in einer sehr vulnerablen Phase befinden und stark beeinflusst werden von den Erfahrungen während des stationären Aufenthaltes. Wie sich diese genannten Faktoren im Kontext eines mütterlichen Rooming-ins über den stationären Verlauf entwickeln, wurde nach Durchsicht der aktuellen Literatur und nach bestem Wissen der Autorin bisher noch nicht erforscht. Die vorliegende Studie soll über diesen wichtigen Prozess weiter Auskunft geben. In der vorliegenden Arbeit sollen die folgenden Fragestellungen untersucht werden:

Wie entwickeln sich bei Müttern von Frühgeborenen während eines Rooming-ins folgende Fragestellungen:

1. Wie entwickelt sich das mütterliche Bonding?
2. Wie entwickelt sich die mütterliche Selbstwirksamkeit?
3. Wie entwickelt sich das mütterliche Selbstvertrauen?
4. Wie gestaltet sich die mütterliche psychische Belastung in Form von Stress, Angst und Depression vor und nach Rooming-in?

Folgende Hypothesen sollen überprüft werden:

H1:

Mütter von Frühgeborenen, die ein Rooming-in wahrgenommen haben, zeigen **weniger Anzeichen eines gestörten mütterlichen Bondings** zu ihrem Kind am Ende des Aufenthaltes (T2) auf der Nachsorgestation als zu Beginn des Aufenthaltes auf der Nachsorgestation (T1).

H2:

Mütter von Frühgeborenen, die ein Rooming-in wahrgenommen haben, zeigen eine **höhere mütterliche Selbstwirksamkeit** am Ende des Aufenthaltes (T2) auf der Nachsorgestation als zu Beginn des Aufenthaltes auf der Nachsorgestation (T1).

H3:

Mütter von Frühgeborenen, die ein Rooming-in wahrgenommen haben, zeigen ein **höheres mütterliches Selbstvertrauen** am Ende des Aufenthaltes (T2) auf der Nachsorgestation als zu Beginn des Aufenthaltes auf der Nachsorgestation (T1).

H4:

Mütter von Frühgeborenen, die ein Rooming-in wahrgenommen haben, zeigen eine **geringere psychische Belastung** (Depressivität, Angst, Stress) am Ende des Aufenthaltes (T2) auf der Nachsorgestation als zu Beginn des Aufenthaltes auf der Nachsorgestation (T1).

Explorative Fragestellungen:

Zusätzlich soll untersucht werden, wie sich die oben genannten Aspekte bis zu einem Follow-up Zeitpunkt weiterentwickeln.

Wie entwickeln sich bei Müttern von Frühgeborenen nach der Entlassung bis zum Follow-up folgende Fragestellungen:

1. Wie entwickelt sich das mütterliche Bonding?
2. Wie entwickelt sich die mütterliche Selbstwirksamkeit?
3. Wie entwickelt sich das mütterliche Selbstvertrauen?
4. Wie gestaltet sich die mütterliche psychische Belastung in Form von Stress, Angst und Depression nach der Entlassung?

Um ein umfassenderes Bild zum Rooming-in zu bekommen, werden ergänzend qualitative Fragestellungen untersucht. Anhand offener Fragen an die Mütter von Frühgeborenen sollen zu Beginn und Ende des Aufenthaltes sowie zum Zeitpunkt der ersten Nachsorgeuntersuchung wichtige Fragen zu folgenden Aspekten gestellt werden, zu denen derzeit noch Forschungslücken bestehen.

1. Fragen zu Beginn des Aufenthaltes:

Was sind die Gründe der Mütter, ein Rooming-in wahrzunehmen/ nicht wahrzunehmen?
Welche Erwartungen haben die Mütter zu Beginn des Aufenthaltes an die Zeit auf der Nachsorgestation?

2. Fragen zur Entlassung von der Nachsorgestation:

Fühlen sich die Mütter vorbereitet auf die Entlassung?
Was hat Ihnen während des Aufenthaltes geholfen?

3. Weitere Fragen zur Follow-up Befragung:

In welchen Bereichen fühlen sich die Mütter, die ein Rooming-in wahrgenommen haben noch unsicher?

Wie ist die Stillrate im Vergleich zur Entlassung von der Nachsorgestation zum Follow-up?

4 Materialien und Methoden

Im folgenden Kapitel wird zunächst auf die Durchführung der Studie eingegangen. Folgend werden die Einschlusskriterien und die Untersuchungsinstrumente erläutert. Anschließend werden die Fallzahlplanung und die Zeitpunkte der Datenerhebung dargestellt. Abschließend wird auf die Teilnehmerraten und das Vorgehen bei der statistischen Analyse eingegangen.

4.1 Untersuchungsplan

Um die oben aufgeführten Fragestellungen zu beantworten, wurde eine Längsschnittstudie mit einem Prä-Post-Follow-up Design durchgeführt. Die Untersuchung wurde auf der neonatologischen Nachsorgestation des Klinikums St. Georg in Leipzig durchgeführt. Der zuvor eingereichte Ethikantrag wurde von der Kommission der Landesärztekammer positiv bewertet. Die Erhebung der Daten wurde zu drei Zeitpunkten durchgeführt und erfolgte durch die Doktorandin selbst. Die ersten zwei Erhebungszeitpunkte waren jeweils Beginn und Ende eines mütterlichen Rooming-ins bei frühgeborenen Kindern. Die Follow-up-Befragung wurde zum Zeitpunkt der ersten ambulanten Nachsorgeuntersuchung nach Entlassung durchgeführt. Ein Rooming-in bedeutete eine stationäre Mitaufnahme eines Elternteils in das gleiche Zimmer während des Krankenhausaufenthaltes des Kindes. Dies ist im Klinikum St. Georg auf der neonatologischen Nachsorgestation in einem Einbettzimmer, drei Zweibettzimmern und einem Dreibettzimmer möglich. Ein Rooming-in wurde den Müttern im Klinikum St. Georg meist zwei bis drei Wochen vor der angestrebten Entlassung (Entlassungsrichtwert 37. SSW) des Kindes empfohlen. Die Entscheidung zu einem Einzug der Mutter/des Vaters sowie zum Zeitpunkt des Einzugs wurde individuell zwischen der Familie und dem Personal gefällt. Die Befragung der Mütter fand mittels Fragebögen statt und bestand aus vier Instrumenten, die zu jedem der drei Zeitpunkte eingesetzt wurden. Zusätzlich wurden wenige Fragen passend zur Situation des Befragungszeitpunkts hinzugefügt (offene Fragen zu Beginn des Rooming-ins (T1) / Fragen zur Entlassung (T2) / Fragen zum Follow-up (T3)). Die soziodemographischen Daten wurden am ersten Befragungszeitpunkt einmalig erhoben mit der Annahme, dass diese über den Befragungszeitraum konstant bleiben würden. Zusammenfassend zeigt die Tabelle 1 eine Übersicht über die Befragungszeitpunkte und die eingesetzten Messinstrumente.

Tabelle 1: Übersicht über die Befragungszeitpunkte und die eingesetzten Messinstrumente

Zeitpunkte der Befragung	Verwendete Fragebögen	Zusätzliche Erhebung:
1. Zeitpunkt (Beginn des Aufenthaltes) Erstkontakt mit der Studie	1. Mütterliches gestörtes Bonding (PBQ) 2. Mütterliche Selbstwirksamkeit (PMP-SE) 3. Mütterliches Selbstvertrauen (LMSCS) 4. Mütterliches emotionales Befinden (DASS-P)	Zusatzfragen zu Gründen für/gegen ein Rooming-in sowie zu den Erwartungen an den Aufenthalt auf der Nachsorgestation Soziodemographische Daten
2. Zeitpunkt (Ende des Aufenthaltes)	Fragebögen wie zum 1. Zeitpunkt	Zusatzfragen zur Entlassung
3. Zeitpunkt (1. Nachsorgeuntersuchung nach 1-6 Monaten nach Entlassung)	Fragebögen wie zum 1. Zeitpunkt	Zusatzfragen zum Follow-up

Die Rekrutierung der teilnehmenden Mütter erfolgte zu Beginn ihres Aufenthaltes auf der Nachsorgestation. Im Erstgespräch mit der Mutter/den Eltern stellte die Autorin die Studie ausführlich vor und erklärte den Fragebogen. Wenn die Mutter einwilligte an der Studie teilzunehmen, unterschrieb diese eine schriftliche Einverständniserklärung. Die Erhebung der soziodemographischen Daten sowie die Erwartungen an die Zeit auf der Nachsorgestation und Gründe für ein Rooming-in erfolgten zum Teil im Gespräch mit der Mutter. Die meisten Mütter bevorzugten jedoch, den Fragebogen im Verlauf des Tages selbstständig in einem für sie passenden Moment auszufüllen. Die Fragebögen wurden dann selbstständig zurückgegeben bzw. eingesammelt. Kurz vor der Entlassung bekamen die Mütter den Fragebogen zum Ende des Aufenthaltes, den sie selbstständig ausfüllten. Der letzte Fragebogen zum Follow-up wurde im Wartezimmer der Nachsorgegesprächsstunde durch die dort arbeitende Schwester ausgeteilt und eingesammelt. Weitere deskriptive Charakteristika der Mutter und des Kindes (z.B. Schwangerschaftskomplikationen) wurden mit dem informierten Einverständnis der Teilnehmerinnen der Krankenhausakte entnommen. Daten der Mütter, die nicht an einem Rooming-in teilnahmen, wurden in anonymisierter Form in Absprache mit dem Datenschutzbeauftragten des Klinikums St. Georg aus der Akte erhoben.

4.2 Einschlusskriterien

Einschlusskriterien zur Teilnahme an der Studie waren die Frühgeburtlichkeit des Kindes (Geburt vor der vollendeten 37. SSW) sowie eine minimale Aufenthaltsdauer von sechs Tagen des Kindes und der Mutter auf der Nachsorgestation. Die Mütter sollten über ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen, um die Fragebögen ausfüllen zu können. Es sollte keine Adoption des Kindes vorliegen. Zudem sollten die Kinder als Einling und nicht als Mehrling geboren worden sein. Voraussetzung war das freiwillige Einverständnis der Mütter, an den drei Befragungszeitpunkten teilzunehmen (Dauer jeweils 10-15 Minuten) und eine unterschriebene Einverständniserklärung.

4.3 Instrumente

In der Studie wurden folgende Instrumente zur Überprüfung der Hypothesen verwendet:

1. Mütterliches gestörtes Bonding: Postpartum bonding questionnaire, PBQ (Brockington et al., 2001; Reck et al., 2006)
2. Mütterliche Selbstwirksamkeit: perceived maternal parental self-efficacy scale, PMP-SE (Barnes & Adamson-Macedo, 2007)
3. Mütterliches Selbstvertrauen: Lips maternal self-confidence scale, LMSCS (Lips, H. M., Bloom, K., Barnett, H., 1993)
4. Mütterliche psychische Belastung: die Depression-Angst-Stress Skala für die Peripartalzeit, DASS-P (Martini et al., 2009)

Folgende Informationen wurden zusätzlich mittels selbst erstellter Items erhoben:

5. Soziodemographischen Daten der Mutter
6. Gründe für/gegen das Rooming-in, Erwartungen an das Rooming-in
7. Fragen zur Entlassung sowie zu helfenden Faktoren, Fragen zu erfüllten/unerfüllten Erwartungen
8. Fragen zum Follow-up und zu bestehenden Unsicherheiten

Folgend werden die Instrumente einzeln beschrieben. Skalen, Beispielitems, Itemanzahl, sowie die Koeffizienten der internen Konsistenz in der vorliegenden Studie sind für die Fragebögen als Übersicht in Tabelle 2 zusammengefasst.

Tabelle 2: Zuordnung, Beispielitems und Reliabilität der verwendeten Skalen

	Fragebogen	Skala	Itemanzahl	Beispielitems	Reliabilität
gestörtes mütterliches Bonding	PBQ	Impaired bonding	16	„Ich fühle mich meinem Baby nahe.“	$\alpha=0,81$
				„Mein Baby irritiert mich.“	
				„Ich kuschle gerne mit meinem Baby.“	
Selbstwirksamkeit	PMP-SE	Care taking procedures	4	„Ich bin gut darin, mein Baby zu füttern.“	$\alpha=0,86$
		Evoking behaviour(s)	5	„Ich bin gut darin, mein Baby zu beruhigen, wenn es schreit.“	$\alpha=0,85$
		Reading behaviour(s) or signalling	6	„Ich kann die Zeichen meines Babys deuten.“	$\alpha=0,91$
		Situational beliefs	3	„Ich denke, dass mein Baby und ich gut miteinander interagieren.“	$\alpha=0,78$
Selbstvertrauen	LMSCS	Selbstvertrauen	24	„Im Allgemeinen fühle ich mich als Mutter sicher und voller Selbstvertrauen“	$\alpha=0,87$
				„Ich glaube, ich bin eine gute Mutter“	
				„Ich brauche viele Ratschläge im Umgang mit meinem Baby.“	
				„Ich bin mir nicht sicher, ob ich die Mutter bin, die ich sein sollte.“	
psychische Belastung der Mütter	DASS-P	Depression	5	„Während der letzten beiden Wochen... ...hatte ich das Gefühl, dass es nichts gibt, worauf ich mich freuen kann.“	$\alpha=0,54$
				...befürchtete ich, mich könnten einfache aber unbekannte Aufgaben umwerfen.“	$\alpha=0,78$
				...war ich aufgeregt und aufgewühlt.“	$\alpha=0,76$

4.3.1 Fragebogen zur Erfassung von Anzeichen gestörten mütterlichen Bondings

Zur Erfassung von Anzeichen für ein gestörtes mütterliches Bonding wurde die deutsche Version des Postpartum bonding questionnaire (PBQ, Brockington et al., 2001) eingesetzt. Der PBQ-Fragebogen erfasst Anzeichen für ein gestörtes mütterliches Bonding dimensional. Unter dem Begriff Bonding werden im Selbstauskunftsfragebogen die Gefühle der Mutter gegenüber ihrem Kind postpartal erfragt. In der englischen Originalform wurde er schon in einer großen Anzahl von Studien eingesetzt. (Dearman, Musonda, Roberts, Bowles, & Morris, 2012; Edhborg, Matthiesen, Lundh, & Widström, 2005; Edhborg, Nasreen, & Kabir, 2011; Hoffenkamp et al., 2012; Hornstein et al., 2006; Pearson, Lightman, & Evans, 2011; Ruby et al., 2015; Wittkowski, Williams, & Wieck, 2010). Die deutsche Version des PBQ wurde von Reck et al. (2006) verfasst, validiert und von 25 auf 16 Items verkürzt. Die in der Originalversion nachgewiesene 4-Faktoren-Struktur (1. impaired bonding („gestörtes Bonding“), 2. rejection and anger („Ablehnung und Wut“), 3. anxiety about care („Angst vor der Pflege“), 4. risk to abuse („Gefahr von Missbrauch des Kindes“)) ist in der deutschen Version nicht nachweisbar. Es wurde ein einzelner Faktor: „impaired bonding“ („gestörtes Bonding“) identifiziert, der 23,9% der gesamten Varianz ausmacht (Reck et al., 2006). Die Items des PBQ werden anhand einer Skala von 0-5 (0=immer, 1=sehr oft, 2=oft, 3=manchmal, 4=selten, 5=nie) eingeschätzt. Folgende Items werden umgepolt: 2, 3, 5, 6, 10, 11, 12, 14, 15. Aus allen Antworten wird ein Summenscore berechnet. Insgesamt können Werte von 0 bis 80 erreicht werden. Je höher der Wert, desto stärker ist das mütterliche Bonding zum Kind gestört. Im Übersichtsartikel von van Bussel et al. (2010) zeigte die Originalversion des PBQ mit $\alpha=.87$ die beste interne Konsistenz im Vergleich zu anderen Selbstauskunftsfragebögen zur Mutter-Kind-Bindung im Zeitraum 8-12 Wochen postpartal. Die interne Konsistenz in der vorliegenden Studie beträgt $\alpha=.81$.

4.3.2 Fragebogen zur Einschätzung der mütterlichen Selbstwirksamkeit

Die mütterliche Selbstwirksamkeit wurde anhand des perceived maternal parenting self-efficacy Fragebogen (PMP-SE) von Barnes und Adamson-Macedo (2007) erhoben. Dieser Fragebogen wurde speziell für Mütter von hospitalisierten Frühgeborenen entwickelt. Er erfasst die mütterliche Selbstwirksamkeit domänenspezifisch, wie es von Bandura

empfohlen wurde. Es wird dabei nicht die allgemeine Selbstwirksamkeit der Mutter, sondern ihre spezifische Selbstwirksamkeit im Bereich der Elternschaft erfasst (Barnes & Adamson-Macedo, 2007). Der Fragebogen besteht aus vier Subskalen: 1. Care taking procedures („Pflegeabläufe“), 2. Evoking behaviour(s) („induziertes Verhalten“), 3. Reading behaviour(s) or signalling („Verhaltensweisen oder Zeichen deuten“) sowie 4. Situational beliefs („Situative Überzeugungen“) (eigene Übersetzung). Insgesamt umfasst der Fragebogen 20 Items. Jedes Item wird anhand einer 4-stufigen Likert-Skala beantwortet: 1=stimmt überhaupt nicht, 2=stimmt eher nicht, 3=stimmt ein wenig, 4=stimmt genau. Anhand der Antworten wird ein Summenwert berechnet. Insgesamt können in der Originalversion 20-80 Punkte erreicht werden. Höhere Werte repräsentieren eine größere mütterliche Selbstwirksamkeit im Bereich der Elternschaft. In der Erhebung der Autoren (Barnes & Adamson-Macedo) wurden Werte von 20-76 Punkten erreicht, der Mittelwert lag bei 59, die Standardabweichung bei 11,44 und der Median bei 61. Die interne Konsistenz des Fragebogens (Cronbachs Alpha) beträgt .91 bei den Autoren. Der PMP-SE ist ein Fragebogen in englischer Sprache, der noch nicht für die deutsche Sprache validiert worden ist. Bisher wurde der PMP-SE auf Persisch und Portugiesisch übersetzt und validiert (Aliabadi, Borimnejad, Kamali, Rassafiani, & Nazi, 2013; Tristão, Neiva, Barnes, & Adamson-Macedo, 2015). Nach persönlicher Abstimmung mit dem Autor wurde der Fragebogen für die vorliegende Studie in die deutsche Sprache übersetzt und von einer englischen Muttersprachlerin überprüft. Zwei Fragen (9. Ich kann mein Baby beruhigen, wenn es unzufrieden wird, 10. Ich bin gut darin mein Baby zu beruhigen, wenn es quengelt) wurden in dieser Untersuchung nicht verwendet, da sie als repetitiv und nicht unterscheidbar zu einer anderen Frage eingestuft wurden (12. Ich bin gut darin mein Baby zu beruhigen, wenn es unruhiger wird). In einer Studie von Shorey et al. (2014) wurden diese zwei Fragen 9. /10. (siehe oben) sowie eine zusätzliche Frage (11. Ich bin gut darin, mein Baby zu beruhigen, wenn es ausdauernd schreit) ebenfalls wegen Repetition herausgenommen. Cronbach's Alpha veränderte sich dabei nicht wesentlich ($\alpha=.91$ (Barnes & Adamson-Macedo, 2007), $\alpha=.92$ (Shorey et al., 2014)). Das Cronbach's Alpha in der vorliegenden Studie betrug zum Zeitpunkt T1 $\alpha=.96$. Aufgrund der reduzierten Itemanzahl können in der vorliegenden Studie Werte von 18-72 Punkten erreicht werden.

4.3.3 Fragebogen zum mütterlichen Selbstvertrauen

Das mütterliche Selbstvertrauen wurde anhand der Lips Maternal self confidence scale (LMSCS) von Lips, H. M., Bloom, K., Barnett, H. (1993) erfasst. Der Fragebogen besteht aus einer einzelnen Skala, die das „Empfinden von Müttern, die Rolle als Mutter und das

Aufziehen von Säuglingen gut zu machen“ (Luebering, 1995) umfasst. Übersetzt und angewendet wurde die deutsche Version zum ersten Mal von Reck und Kollegen (2012). Der Fragebogen besteht aus 24 Items, die negativ oder positiv formuliert sind. Beantwortet werden die Items auf einer 6-stufigen Likert- Skala (1=stimmt völlig, 6=stimmt gar nicht). Folgende Items werden umgepolt verwendet: 1, 2, 5, 9, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 20. Aus allen Antworten wird ein Summenscore berechnet. Insgesamt können Werte von 24-144 erreicht werden. Werte über 139,98 und unter 89,49 repräsentieren die oberen und unteren 5 % der Gruppe (Lips, H. M., Bloom, K., Barnett, H., 1993, zitiert nach Zietlow, Schlüter, Nonnenmacher, Müller, & Reck, 2014). Gute Testgütekriterien werden berichtet; die interne Konsistenz für den ersten Tag postpartum betrug $\alpha=.87$ (Lips, H. M., Bloom, K., Barnett, H. 1993, zitiert nach Zietlow et al., 2014). Die interne Konsistenz des Fragebogens zum Zeitpunkt T1 in der vorliegenden Studie betrug ebenfalls $\alpha=.87$.

4.3.4 Fragebogen zur Erfassung der mütterlichen psychischen Belastung

Die mütterliche psychische Belastung wurde durch die Depression-Angst-Stress-Skala für die Peripartalzeit (DASS-P) von Martini et al. (2009) erfasst, die auf Grundlage des DASS von Lovibond & Lovibond (1995) entwickelt worden ist. Der DASS für die Peripartalzeit besteht aus insgesamt 15 Items, die auf einer vierstufigen Likertskala (0=nie, 1=manchmal, 2=oft, 3=sehr oft) beantwortet werden. Als Gesamtwert wird ein Summenscore berechnet. Erreicht werden können Werte von 0-45. Die Studie von Martini et al. (2009), an der 115 Frauen teilnahmen, ergab folgende Reliabilitäten der Subskalen: Depression $\alpha=.83$, Angst $\alpha=.84$, Stress $\alpha=.81$. Getestet wurde der Fragebogen kurz nach der Geburt. Der Gesamtmittelwert lag bei 4 ($SD=5,5$), die Mittelwerte der Subskalen waren folgend: Depression $M=0,8$ ($SD=1,6$), Angst $M=1,1$ ($SD=2,1$), Stress $M=2,1$ ($SD=2,4$). Eine diskriminante Validität der Subskalen untereinander konnte nur teilweise festgestellt werden im DASS-P, was mit den überlappenden Konstruktbereichen erklärt wird. Die Reliabilität in der vorliegenden Studie betrug insgesamt $\alpha=.82$ (Depression $\alpha=.54$, Angst $\alpha=.78$, Stress $\alpha=.76$). Zur Hypothesentestung wurde der Summenwert mit guter Reliabilität genutzt.

4.3.5 Fragen zur Soziodemographie

Anhand selbstgewählter Items wurden den Müttern Fragen zu ihrer Schul- und Berufsbildung, zu Familiensituation, Partnerstatus und Anfahrtsdauer zum Klinikum gestellt.

Des Weiteren wurden den Müttern Fragen zu ihrem Alter, Herkunft, bisherigen Schwangerschaften, Geburten und Kaiserschnitten gestellt. Auch wurde erfragt, ob schon eine Frühgeburt bisher bestand, ob es einen früheren Aufenthalt auf der Frühgeborenen Station gab und ob Erfahrungen mit der Frühgeborenenstation vorlagen. Als letztes wurde erfragt, ob jemals eine psychologische Behandlung stattgefunden hatte.

4.3.6 Offene Fragen zum Rooming-in

Zu Beginn des Aufenthaltes wurden die Gründe für ein Rooming-in anhand von sieben vorgegebenen Antwortmöglichkeiten erfasst; weitere Gründe konnten von den Müttern hinzugefügt werden. Des Weiteren wurden anhand offener Fragen die Erwartungen der Mütter an die Zeit auf der Nachsorgestation in Erfahrung gebracht. Bei Müttern, die nicht an einem Rooming-in teilnahmen konnten Gründe, nicht an einem Rooming-in teilzunehmen, erfasst werden.

Zum Zeitpunkt der Entlassung sollte vor allem die Vorbereitung auf die Entlassung der Mütter dargestellt werden. Anhand offener Fragen sollte überprüft werden, in wieweit sich die Erwartungen der Mütter erfüllt haben/nicht erfüllt haben sowie was diese von dem Aufenthalt auf der Nachsorgestation mitnehmen. Dafür sollten die Mütter Aussagen auf einer Likertskala von 1-6 (1=stimmt völlig, 6=stimmt überhaupt nicht) sowie auf einer Likertkala von 1-4 (1=nicht geholfen, 2=wenig geholfen, 3=deutlich geholfen, 4=sehr geholfen) bewerten.

Zum Follow-up-Zeitpunkt sollte die Situation der Mütter zu Hause erfasst werden. Dafür sollten die Mütter vier Aussagen auf einer Likertskala von 1-6 (1=stimmt völlig, 6=stimmt überhaupt nicht) bewerten. Eine offene Frage sollte bestehende Unsicherheiten der Mütter identifizieren. Auch wurden zum Ende des Aufenthaltes sowie zum Follow-up-Zeitpunkt die Stillpraxis erfragt, bei der drei Antwortmöglichkeiten (voll gestillt, teilweise gestillt, nicht gestillt) vorgegeben waren und Mehrfachantworten nicht zugelassen waren.

4.4 Fallzahlplanung

Um sicher zu stellen, dass die Hypothesen getestet und vorhandene Unterschiede aufgedeckt werden können, wurde eine Power-Kalkulation mittels G*Power® durchgeführt. Ausgehend von der Annahme der Normalverteilung der Daten wurde die statistische Auswertung der Daten mittels einer ANOVA mit zwei Messwiederholungen geplant (F-Test). Es wurde eine mittlere Effektstärke von $f = 0,25$ angenommen. Das geplante Beta-Fehlerniveau betrug dabei 0,1 und das Alpha-Fehlerniveau 0,05. Damit ergab sich in der Fallzahlplanung ein benötigtes N von 44 Personen. Mit dieser Teilnehmerzahl wird eine

sehr gute Teststärke von 0,9 erreicht, mit der Fehler 2. Art (β -Fehler; d.h. Unterschiede oder Zusammenhänge, die existieren, werden nicht erkannt) weitgehend vermieden werden ebenso wie Fehler 1. Art (α -Fehler; d. h. Unterschiede oder Zusammenhänge werden angenommen, obwohl sie nicht existieren).

4.5 Zeitpunkte der Datenerhebung

Der erste Befragungszeitpunkt T1 liegt zu Beginn des Rooming-ins der Mutter auf der Nachsorgestation ($M=1,77$ Tage nach dem Einzug der Mutter auf der Nachsorgestation, $SD=1,35$ Tage). Der zweite Befragungszeitpunkt T2 liegt am Ende des Aufenthaltes ($M=0,08$ Tage nach Entlassung der Mutter von der Nachsorgestation, $SD=1,6$ Tage). Zwei Fragebögen wurden per Post zurückgesendet ohne Ausfülldatum und erreichten die Station erst fünf Tage und acht Tage nach Entlassung. Auf einen ausreichenden Abstand zwischen den beiden Befragungszeitpunkten T1 und T2 wurde geachtet ($M=12,67$ Tage, $Median=12$, $SD=6,93$, $Min=3$ Tage, $Max=34$ Tage). Die Follow-up Befragung wurde im Abstand von 1-6 Monaten nach Entlassung durchgeführt ($M=87,69$, $Median=87,5$, $SD=29,51$, $Min=27$, $Max=184$ Tage). Das große Zeitintervall der Follow-up Befragung kam durch die unterschiedlichen Termine der Nachsorgesprechstunde zustande, die abhängig von der Kapazität, Gestationsalter und medizinischer Indikation vergeben wurden.

4.6 Teilnehmerraten

Die Daten wurden während des Zeitraums Mai 2015 bis September 2016 auf der neonatologischen Nachsorgestation des Klinikums St. Georg, Leipzig erhoben.

Die Teilnehmerraten werden in der folgenden Abbildung (siehe Abb. 1) näher dargestellt. Insgesamt nahmen 84 Mütter (75%) ein Rooming-in wahr und erfüllten die Einschlusskriterien mit einer Aufenthaltsdauer von ≥ 6 Tagen. Elf Mütter (9,8%) nahmen ein kurzes Rooming-in von < 6 Tagen wahr und 17 Mütter (15,2%) nahmen kein Rooming-in wahr. Von den 84 Müttern, die die Einschlusskriterien erfüllten, nahmen 67 Mütter (79,8%) an der Studie teil und 17 Mütter (20,2 %) nahmen nicht daran teil. Von den 67 Müttern gaben 51 Mütter (76,1%) den Fragebogen sowohl zu Beginn als auch am Ende des Rooming-ins ab und bilden somit die zu untersuchende Gruppe. Von den nicht teilnehmenden Müttern lehnten sechs Mütter es ab, an der Studie teilzunehmen. Gründe für die Ablehnung waren: ich möchte keine Daten bekannt geben (eine Mutter), ich mag generell nicht solche Befragungen (eine Mutter), zu privat - ich mache nicht gerne bei Studien mit (eine Mutter). Drei Mütter lehnten ohne Grund ab. Des Weiteren gaben zwei

Mütter ihren Fragebogen nicht ab. Der größte Teil der nicht teilnehmenden Mütter (neun Mütter) konnte nicht erreicht werden. Gründe dafür sind zum einen, dass die Mütter zu den Befragungszeitpunkten nicht auf der Nachsorgestation angetroffen worden sind. Zum anderen gab es krankheits- oder urlaubsbedingte Fehlzeiten der Untersucherin, in denen keine Befragung durchgeführt wurde. Daten von Müttern, die kein Rooming-in wahrnahmen konnten nur sehr vereinzelt erhoben werden. Gründe dafür sind zum einen der kleine Anteil von Müttern, die ein Rooming-in nicht nutzten (17 Mütter, 15,2%). Zum anderen war die Datenerhebung sehr erschwert durch die schlechte Erreichbarkeit dieser Mütter auf der Station, da diese zu unterschiedlichen Zeiten ihr Kind besuchen kamen. Ergänzend wurden jedoch in der vorliegenden Studie deskriptive Daten von Müttern, die nicht an einem Rooming-in teilnahmen mit deskriptiven Daten von Müttern, die an einem Rooming-in teilgenommen haben, verglichen.

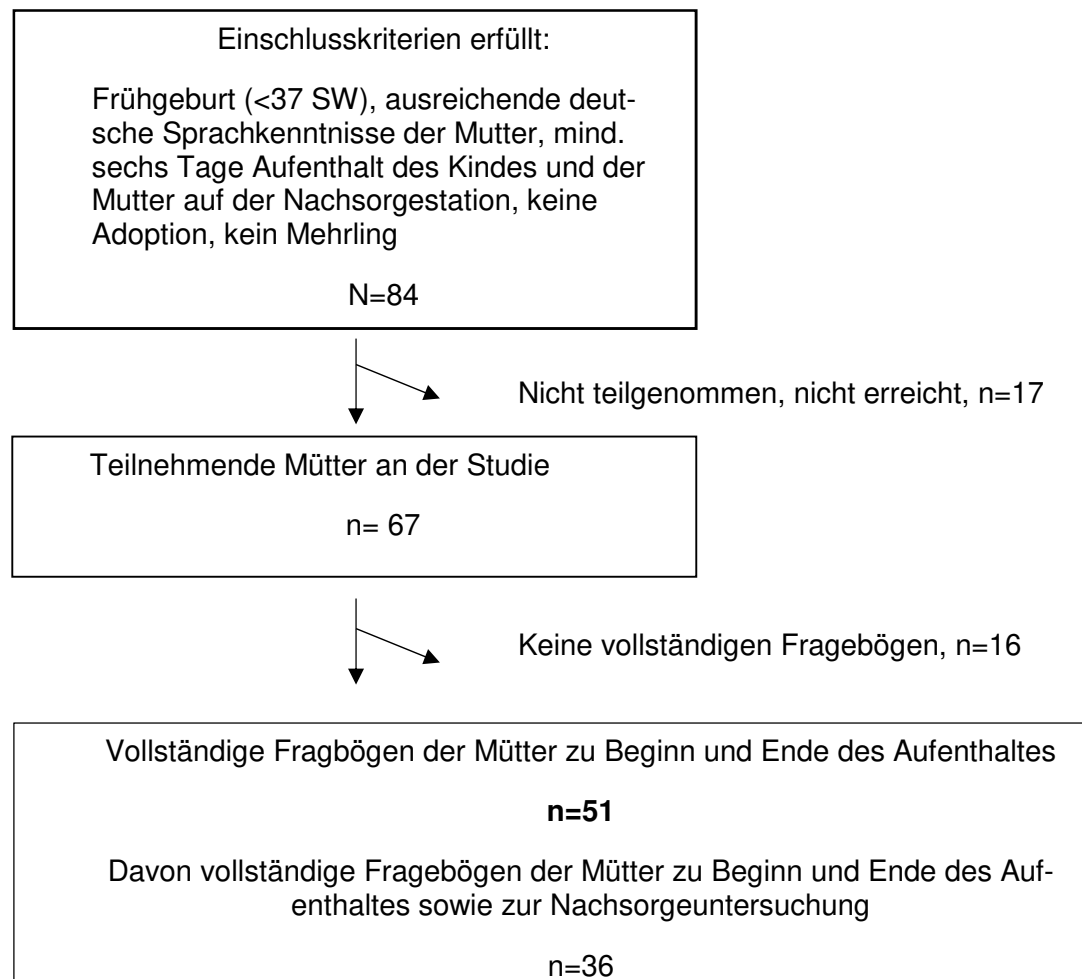


Abb. 1: Teilnehmerraten

4.7 Statistische Analyse

Die Analyse der Daten erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS (Version 22). Zunächst wurden die Voraussetzungen der Anwendung parametrischer Tests geprüft. Die Anwendung dieses statistischen Verfahrens setzt eine Normalverteilung der Daten sowie homogene Varianzen voraus. Zur Prüfung der Normalverteilung wurde der Shapiro-Wilk-Test durchgeführt, da er eine hohe Teststärke aufweist. Die Verteilungen wichen überwiegend signifikant von der Normalverteilung ab. Aufgrund der Verletzung der Voraussetzung wurde deshalb der nicht-parametrische Test Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test mit verbundenen Stichproben angewandt. Zur besseren Übersicht wurde er bei allen Fragestellungen verwendet. Als Signifikanzniveau wurde $\alpha=.05$ festgelegt. Bei gerichteten Hypothesen wurde ein einseitiges Signifikanzniveau gewählt. Bei explorativen Fragestellungen wurde ein zweiseitiges Signifikanzniveau verwendet. Es wurde zusätzlich die Effektstärke für den Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test anhand Field (2009) bei signifikanten Ergebnissen berechnet, um die praktische Relevanz des Effektes darzustellen. Diese wurde anhand des Korrelationskoeffizient r von Pearson berechnet nach Field (2009) ($r=\frac{U}{\sqrt{N}}$, N = Anzahl der Testungen). Gängige Einteilungen von Effekten nach Cohen (1992) sind: $r \geq .10$ entspricht einem schwachen Effekt, $r \geq .25$ entspricht einem mittleren Effekt, $r \geq .40$ entspricht einem starken Effekt. In weiterführenden Analysen wurde der Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben sowie eine Rangkorrelation von Spearman durchgeführt, die bei nichtparametrischen Daten Verwendung finden. Der errechnete Rangkorrelationskoeffizient wird als Effektgröße betrachtet: Werte ab $r_s \geq .10$ entsprechen einem kleinen Effekt, Werte ab $r_s \geq .30$ einem mittleren Effekt und Werte ab $r_s \geq .50$ einem großen Effekt (Bortz & Döring, 2006). Offene Fragen wurden anhand eines Kategoriensystems ausgewertet (Bortz & Döring, 2006). Es wurden dafür Kategorien induktiv aus dem Material gewonnen. Jede Antwort bzw. Teile einer Antwort wurden verschiedenen Kategorien zugewiesen. Es wurden ggf. Subkategorien gebildet. Mehrmalige Nennungen einer Kategorie innerhalb einer Antwort der Mutter wurden nur als eine Nennung gezählt. Häufig genannte Kategorien spiegeln besonders wichtige Aspekte für die Mütter wieder. Die Auswertung der Likertskalen der explorativen Datenanalyse erfolgte anhand der Errechnung des Mittelwerts und der Standardabweichung.

5 Ergebnisse

Im nachfolgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Arbeit vorgestellt. Dabei wird zuerst auf die deskriptive Datenanalyse eingegangen. Danach werden die Ergebnisse der Hypothesentestungen und der explorativen Datenanalyse vorgestellt.

5.1 Deskriptive Daten

Die deskriptive Datenanalyse ist in drei Abschnitte unterteilt. Zuerst wird die Stichprobe dargestellt. Danach wird auf die frühgeborenen Kinder der teilnehmenden Mütter sowie auf Charakteristika der Mütter eingegangen, die nicht an einem Rooming-in teilgenommen haben.

5.1.1 Die Stichprobe

In der vorliegenden Studie umfasste die endgültige Stichprobe insgesamt 51 Mütter von Frühgeborenen, die ein Rooming-in wahrnahmen. Das mittlere Alter der Mutter bei der Entbindung ihres frühgeborenen Kindes betrug 30,5 Jahre (*Median*=31, *Min*=17, *Max*=38, *SD*=4,39). Die Grafik des höchsten Bildungsabschlusses (siehe *Abb. 2*) zeigt, dass sich unter den teilnehmenden Müttern viele gut qualifizierte Mütter mit einem Abitur oder Hochschulabschluss befanden.

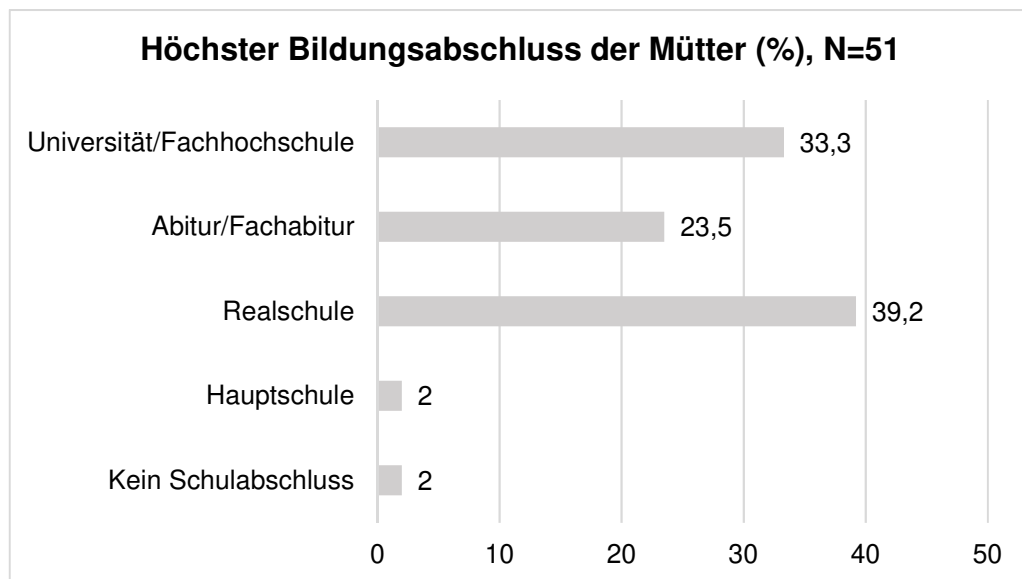


Abb. 2: Höchster Bildungsabschluss der Mütter

Die folgende Grafik (siehe Abb. 3) zeigt die Nettoeinkommen der Haushalte.

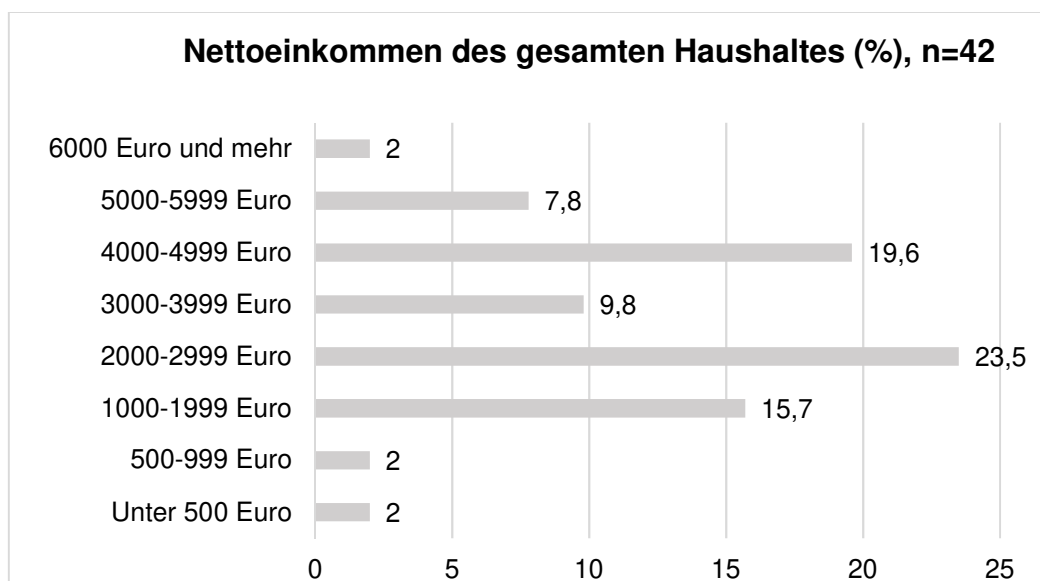


Abb. 3: Nettoeinkommen des gesamten Haushaltes

Weitere Charakteristika und soziodemographische Daten der Mütter können der Tabelle 3 entnommen werden.

Tabelle 3: Soziodemographische Daten der Mütter

	<i>n</i>	%
Partnerschaft		
Ich lebe mit Partner	45	88,2
Ich lebe ohne Partner	5	9,8
Fehlende Angabe	1	2,0
Berufstätigkeit		
Berufstätig	42	82,4
Nicht berufstätig	7	13,7
Ausbildung/Studium	1	2
Migrationshintergrund		
Mit Migrationshintergrund	4	7,8
Ohne Migrationshintergrund	47	92,2
Bisher schon einmal in psychologischer Behandlung gewesen		
Nein	40	78,4
Ja	9	17,6
Fehlende Angabe	2	3,9
Wenn ja wegen:		
Depression (u.a.)	5	55,6
Angststörung	1	11,1
sonstiges	3	33,3
Anzahl an vorherigen Frühgeburten		
0	48	94,1
1	2	3,9
2	1	2
Bisherige Erfahrung mit Frühgeborenen		
Nein	46	90,2
Ja	4	7,8
Fehlende Angabe	1	2

Die mittlere Anfahrtsdauer der Mütter ($n=49$) zum Krankenhaus betrug 26 Minuten ($SD=15,54$), der Median betrug 20 Minuten. Maximal mussten die Mütter eine Fahrtstrecke von 75 Minuten zurücklegen, minimal fünf Minuten. Des Weiteren wird folgend auf die Geburt und Schwangerschaft sowie auf Charakteristiken der frühgeborenen Kinder (u.a. Geburtsgewicht, Komplikationen, Erkrankungen) eingegangen, um wichtige Belastungen zu illustrieren und um den Kontext der Befragung darzustellen.

Geburt und Schwangerschaft:

Insgesamt waren 33 Mütter (64,7%) Primiparae, 12 Mütter (23,5%) brachten ihr zweites Kind zur Welt, sechs Mütter (12,8%) brachten ihr drittes Kind zur Welt.

23 Mütter (45,1%) brachten ihr Kind mittels Sectio caesaria zur Welt. 28 Mütter (54,9%) brachten ihr Kind vaginal zur Welt. Folgende Tabelle 4 zeigt die Häufigkeiten der Geburts- und Schwangerschaftskomplikationen innerhalb der Stichprobe (N=51). Dabei konnten mehrere Risiken gleichzeitig vorliegen.

Tabelle 4: Häufigkeit der Geburts- und Schwangerschaftskomplikationen

	n	%
Hypertension in der SS	13	25,5
Präeklampsie	10	19,6
HELLP-Syndrom	3	5,9
Gestationsdiabetes	9	17,6
Vorzeitige Wehen	30	58,8
Vaginale Blutungen	10	19,6
Drohende Frühgeburt	32	62,7
Plazenta praevia	5	9,8
Vorzeitige Plazentalösung	2	3,9
Geburtsstillstand	3	5,9
Pathologisches CTG	12	23,5
Oligohydramnion	3	5,9
Polyhydramnion	2	3,9

Während der Schwangerschaft nahmen zwei Mütter (3,9%) Drogen zu sich, neun Mütter (17,6%) rauchten in der Schwangerschaft. Keine der Mütter gab einen Alkoholkonsum während der Schwangerschaft an.

5.1.2 Die frühgeborenen Kinder der teilnehmenden Mütter

24 Kinder (47,1 %) waren männlichen Geschlechts, 27 Kinder (52,9 %) waren weiblichen Geschlechts. Das durchschnittliche Gestationsalter der Kinder betrug 32,8 Schwangerschaftswochen; das durchschnittliche Geburtsgewicht lag bei 2138 Gramm. Fünf Kinder (9,8%) wurden hypotroph geboren (unterhalb der 10. Perzentile), drei Kinder (5,9%) wurden hypertroph geboren (oberhalb der 90% Perzentile). Weitere Charakteristiken können aus folgender Tabelle 5 entnommen werden (N=51).

Ergebnisse

Tabelle 5: Geburtscharakteristiken der Kinder

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>Median</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>SD</i>
SSW	51	32,8	34	26	35	2,13
Geburtsgewicht (g)	51	2137,8	2170	326	3474	688,02
Geburtslänge (cm)	51	44,3	46	28	50	4,31
Geburtskopfumfang (cm)	51	30,8	31	21	36	2,86
Apgar 1. Lebensminute (LM)	49	7,3	8	2	9	1,93
Apgar 5. LM	51	8,2	9	5	10	1,38
Apgar 10. LM	51	9,0	9	5	10	1,11
Nabelschnur-pH	47	7,3	7,32	7,13	7,48	0,08

Folgende Tabelle 6 und Tabelle 7 zeigen die Einteilung der frühgeborenen Kinder nach ihrem Geburtsgewicht und ihrer SSW.

Tabelle 6: Einteilung der Kinder nach ihrem Geburtsgewicht

	n	%
ELBW (<1000g)	3	5,9
VLBW (≥1000g, <1500g)	8	15,7
LBW (≥1500g, <2500g)	24	47,1
≥2500g	16	31,4

Tabelle 7: Einteilung der Kinder nach ihrer SSW

	n	%
<28 SSW	2	3,9
≥28 SSW, <32 SSW	9	17,6
≥32 SSW	40	78,4

Folgende Tabelle 8 zeigt die Häufigkeit der respiratorischen Komplikationen.

Tabelle 8: Häufigkeit der respiratorischen Komplikationen

	n	%
Atemnotsyndrom	37	72,5
Respiratorisches Versagen	3	5,9
Apnoen/Apnoe-Bradycardiesyndrom/ Zyanoseanfälle	31	60,8

40 Kinder (78,4%) erhielten eine unterstützende CPAP (continuous positive airway pressure) Beatmung nach der Geburt (Beatmungsdauer (h): $M=139$, $Median=45$, $Min=6$, $Max=1287$, $SD=266,37$, $n=39$). Sechs Kinder mussten zusätzlich maschinell beatmet werden (Beatmungsdauer (h): $M=161$, $Median=58$, $Min=3$, $Max=748$ Stunden, $SD=289,56$, $n=6$). 20 der atemunterstützten Kinder (50%) benötigten dabei eine zusätzliche Sauerstoffzufuhr. Bei insgesamt zwei Kindern (3,9%) kam es zu einer Gabe von Surfactant. Sehr häufig waren zusätzlich unreife Atemmuster sowie Apnoen, eine Apnoe-Bradykardiesymptomatik oder Zyanoseanfälle der Kinder. Insgesamt erhielten 41 Kinder (80,4%) eine atemunterstützende Therapie mit Coffein. Weitere Komplikationen der frühgeborenen Kinder werden in ihrer Häufigkeit in folgender Tabelle 9 dargestellt.

Tabelle 9: Weitere kindliche Komplikationen

	n	%
Hyperbilirubinämie	31	60,8
Trinkschwäche/Trinkunlust	46	90,2
Infektion insgesamt	29	56,9
- davon Sepsis	5	17,2
-davon v.a. perinatale Infektion	15	51,7
Anämie	7	13,7
Störung der Temperaturregulation	19	37,3
Herzinsuffizienz	5	9,8
Cardiopulmonale Adaptationsstörung	3	5,9
Leichte Asphyxie unter Geburt	3	5,9
Hypoglykämie	5	9,8
Nekrotisierende Enterokolitis	0	0
Periventrikuläre Leukomalazie	1	2
Persistierender Ductus arteriosus	5	9,8
Retinopathia praematurorum (1.Grad)	2	3,9
Intraventrikuläre Blutung (1.Grad/1-2.Grad)	3	5,9
Leistenhernie	3	5,9

46 Kinder (90,2%) hatten Probleme mit der Nahrungsaufnahme und litten unter Trinkunlust oder Trinkschwäche. 26 Kinder (51%) erhielten Nahrungsergänzungsmittel (FM85=Muttermilchverstärker, Aptamil Eiweiß= Eiweißsupplement). Im Mittel konnten die Kinder erst ab dem 29. Lebenstag selbständig trinken ($Median=24$, $Min=5$, $Max=91$,

$SD=18,3$, $n=34$). Alle Kinder erhielten zusätzlich zum Nahrungsaufbau eine unterstützende Infusionstherapie über einen peripheren Verweilkatheter. 20 Kinder (39,2%) erhielten primär einen Nabelvenenkatheter (NVK), elf Kinder (21,6%) erhielten einen zentralen Verweilkatheter (ZVK).

Bei 5 der 51 Kinder (9,4%) bestanden Fehlbildungen bei Geburt (z.B. Fehlbildung des Daumens, Pulmonalklappenstenose, Duodenalatresie).

Des Weiteren sind in Tabelle 10 die mittlere Aufenthaltsdauer der Mutter auf der Wochenbettstation und auf der Nachsorgestation dargestellt. Des Weiteren zeigt diese die mittlere Aufenthaltsdauer des Kindes auf der Intensivstation, der Nachsorgestation sowie die mittlere Aufenthaltsdauer des Kindes im Krankenhaus. Die mittlere Aufenthaltsdauer der Mutter auf der Nachsorgestation (Rooming-in) betrug 14,5 Tage.

Tabelle 10: Aufenthaltsdauer auf der Nachsorgestation, Wochenbettstation, Intensivstation von Mutter und Kind in Tagen

	Mittlere Aufent- haltsdauer	Median	Min	Max	SD
Aufenthalt auf der Wochenbettstation (Mutter) (n=49)	6,4	5	1	30	4,96
Aufenthalt auf der Intensivstation nach der Geburt (Kind) (n=51)	11,6	5	1	132	20,65
Aufenthalt auf der Nachsorgestation (Kind) (n=51)	21,1	17	6	134	19,19
Aufenthalt auf der Nachsorgestation (Mutter) (n=51)	14,5	13	6	35	6,6
Aufenthaltsdauer im Krankenhaus insgesamt (Kind) (n=51)	32	23	8	145	28,99

5.1.3 Charakteristika der Mütter, die nicht am Rooming-in teilgenommen haben

Folgend werden Daten von Müttern, die an keinem Rooming-in teilgenommen haben (17 Mütter) im Vergleich zu Müttern, die an einem Rooming-in (kurzes Rooming-in <6 Tagen und Rooming-in, insgesamt 95 Mütter) teilgenommen haben, dargestellt. Es wurden in der Rooming-in Gruppe die Daten aller Mütter eingeschlossen, um eine Selektion der Mütter zu vermeiden. Die Darstellung soll Aufschluss über Gründe der Mütter geben, nicht an einem Rooming-in teilzunehmen. Durch den starken Unterschied in der Gruppengröße sind die Ergebnisse jedoch in ihrer Aussagekraft eingeschränkt. Im Vergleich

zeigte sich, dass die Mütter, die an keinem Rooming-in teilgenommen haben, häufiger Multiparae waren als die Mütter, die ein Rooming-in wahrgenommen haben. Von den Müttern, die ein Rooming-in wahrgenommen haben, waren 62 Mütter (65,3) Primiparae. Von den Müttern, die an keinem Rooming-in teilnahmen, waren dagegen nur fünf Mütter (29,4%) Primiparae. Des Weiteren rauchten prozentual mehr Mütter während der Schwangerschaft in der Nicht-Rooming-in Gruppe (41,2%) im Vergleich zur Rooming-in Gruppe (22,1%). In der Rooming-in Gruppe gab es drei Mütter mit Drogenkonsum in der Schwangerschaft, in der Nicht-Rooming-in Gruppe dagegen keine. In keiner Gruppe gaben die Mütter an, Alkohol in der Schwangerschaft getrunken zu haben. In der Nicht-Rooming-in Gruppe gab es eine höhere Anzahl an ein oder zwei vorherigen Frühgeburten, 35,7% (NRI) zu 9,4 % (RI), siehe Tabelle 11.

Tabelle 11: Vergleich der Anzahl an vorherigen Frühgeburten

Anzahl an vorherigen Frühgeburten (Rooming-in) n=85		
keine	77	90,6
1	7	8,2
2	1	1,2
Anzahl an vorherigen Frühgeburten (Nicht-Rooming-in) n=14		
keine	9	64,3
1	5	35,7
2	0	0

In Bezug auf die Mittelwerte von SSW, Geburtsgewicht, Apgar 5. LM, Apgar 10. LM gibt es keine wesentlichen Unterschiede zwischen der Gruppe der Rooming-in / Nicht Rooming-in Kinder (vgl. Tabelle 12).

Tabelle 12: Vergleich kindlicher Daten (SSW, GG, APGAR)

		n	Mittelwert	Median	Min	Max	SD
SSW (RI)	RI	95	33	34	25	36	2,41
	NRI	17	33,2	34	28	36	2,43
Geburtsgewicht (g)	RI	95	2129,1	2212	326	4370	687,71
	NRI	17	2037,6	2100	700	2680	523,03
Apgar 5. LM	RI	95	8,5	9	5	10	1,27
	NRI	16	8,5	9	5	10	1,59
Apgar 10. LM	RI	95	9,1	9	5	10	1,00
	NRI	16	9,1	9	7	10	0,93

Es zeigt sich, dass die Mütter, die ein Rooming-in wahrgenommen haben, prozentual einen höheren Bildungsabschluss aufwiesen als Mütter, die nicht an einem Rooming-in teilgenommen haben (vgl. Tabelle 13).

Tabelle 13: Vergleich des höchsten Bildungsabschlusses der Mütter

Höchster Bildungsabschluss	RI/NRI	N	n	%
Kein Schulabschluss	RI	87	2	2,3
	NRI	12	0	0,0
Förderschule	RI	87	0	0,0
	NRI	12	1	8,3
Hauptschule	RI	87	9	10,3
	NRI	12	3	25,0
Realschule	RI	87	36	41,4
	NRI	12	4	33,3
Abitur/Fachabitur	RI	87	16	18,4
	NRI	12	1	8,3
Universität/Fachhochschule	RI	87	24	27,6
	NRI	12	3	25,0

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer auf der Wochenbettstation betrug für Mütter, die ein Rooming-in wahrgenommen haben rund sechs Tage; für Mütter, die nicht an einem Rooming-in teilgenommen haben ebenfalls rund sechs Tage.

5.2 Ergebnisse der Hypothesentestung

Nachfolgend werden die Entwicklung des mütterlichen Bondings, Selbstwirksamkeit, Selbstvertrauens und emotionalen Befindens vom Beginn bis zum Ende des Aufenthaltes untersucht und die Hypothesen separat statistisch analysiert.

Zur besseren Verständlichkeit werden die Hypothesen jeweils in Textform wiederholt sowie in statistischer Schreibweise wiedergegeben. Es werden entsprechende deskriptive Ergebnisse aufgeführt. Die Daten beziehen sich auf die Gesamtstichprobe $N=51$.

5.2.1 Entwicklung des mütterlichen Bondings

Hypothese 1:

Mütter von Frühgeborenen, die ein Rooming-in wahrgenommen haben, zeigen weniger Anzeichen eines gestörten mütterlichen Bondings zu ihrem Kind am Ende des Aufenthaltes (T2) auf der Nachsorgestation als zu Beginn des Aufenthaltes auf der Nachsorgestation (T1).

H1: Mittelwert T1 > Mittelwert T2

H0: Mittelwert T1 \leq Mittelwert T2

In der nachstehenden Tabelle (vgl. Tabelle 14) werden die Werte, welche Hinweise auf ein gestörtes mütterliches Bonding geben können, zu den Zeitpunkten T1 und T2 anhand Mittelwert, Median, Minimum, Maximum und der Standardabweichung dargestellt. Der Summenscore des Fragebogens (PBQ) kann insgesamt Werte von 0-80 erreichen. Höhere Zahlenwerte stehen für ein gestörtes Bonding. Es konnte bei einem Fragebogenpaar wegen fehlender Werte kein Summenscore errechnet werden.

Tabelle 14: Gestörtes mütterliches Bonding T1/T2

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>Median</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>SD</i>
gestörtes mütterliches Bonding (T1)	50	6,34	5	0	18	4,68
gestörtes mütterliches Bonding (T2)	50	4,46	3,5	0	15	3,80
Differenz (T2-T1)	50	-1,88	-1,5			

Es zeigt sich eine Abnahme der mütterlichen Bondingprobleme. Ein gestörtes Bonding der Mutter zum Kind ist zur Entlassung signifikant geringer ausgeprägt (*Median*=5) als zu Beginn des Aufenthaltes auf der Nachsorgestation (*Median*=3,5; exakter Wilcoxon-

Test, $U=3,25$, $p<.001$ (einseitig), $n=50$). Somit wird die Nullhypothese abgelehnt. Die Effektstärke nach Cohen (1992) liegt bei $r=.33$ und entspricht einem mittleren Effekt. Folgende Abb. 4: Entwicklung mütterlicher Bondingprobleme Abb. 4 zeigt die Entwicklung mütterlicher Bondingprobleme zwischen Beginn und Ende des Aufenthaltes.

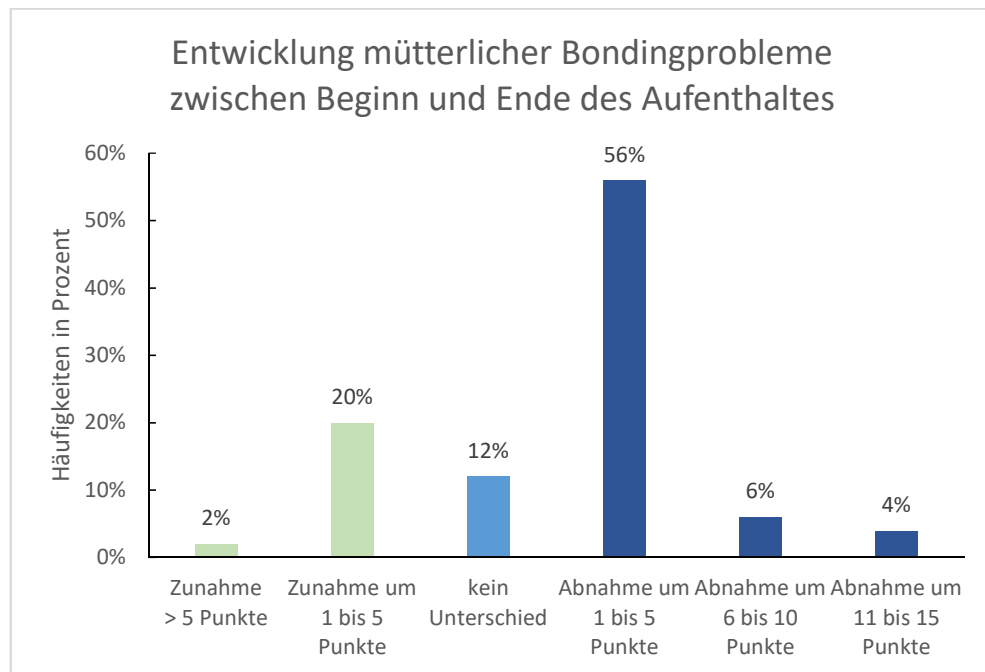


Abb. 4: Entwicklung mütterlicher Bondingprobleme

5.2.2 Entwicklung der mütterlichen Selbstwirksamkeit

Hypothese 2:

Mütter von Frühgeborenen, die ein Rooming-in wahrgenommen haben, zeigen eine höhere mütterliche Selbstwirksamkeit am Ende des Aufenthaltes (T2) auf der Nachsorgestation als zu Beginn des Aufenthaltes auf der Nachsorgestation (T1).

H1: Mittelwert (T1) < Mittelwert T2

H0: Mittelwert (T1) \geq Mittelwert T2

In der nachstehenden Tabelle (vgl. Tabelle 15) wird die mütterliche Selbstwirksamkeit zu den Zeitpunkten T1 und T2 anhand des Mittelwerts, Medians, Minimum, Maximum und der Standardabweichung dargestellt. Der Summenscore des Fragebogens (PMP-

SE) kann insgesamt Werte von 18-72 erreichen. Es konnten 45 Fragebogenpaare eingeschlossen werden, da anhand fehlender Angaben bei 6 Fragebögen kein Summenscore errechnet werden konnte.

Tabelle 15: Mütterlichen Selbstwirksamkeit T1/T2

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>Median</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>SD</i>
Selbstwirksamkeit (T1)	45	59,76	62	39	72	8,67
Selbstwirksamkeit (T2)	45	66,44	68	53	72	5,45
Differenz (T2-T1)	45	6,69	6			

Es zeigt sich ein Zuwachs an mütterlicher Selbstwirksamkeit anhand der Zunahme des Mittelwerts und des Medians: Die Selbstwirksamkeit der Mütter war bei Entlassung von der Nachsorgestation signifikant höher (*Median*=68) als bei Beginn des Aufenthaltes (*Median*=62; exakter Wilcoxon-Test: $U=-5,14$, $p<.001$ (einseitig), $n=45$). Somit wird die Nullhypothese abgelehnt. Die Effektstärke nach Cohen (1992) ($n=45$) liegt bei $r=,54$ und entspricht einem starken Effekt. Abb. 5 zeigt die Veränderung der mütterlichen Selbstwirksamkeit zwischen Beginn und Ende des Aufenthaltes.

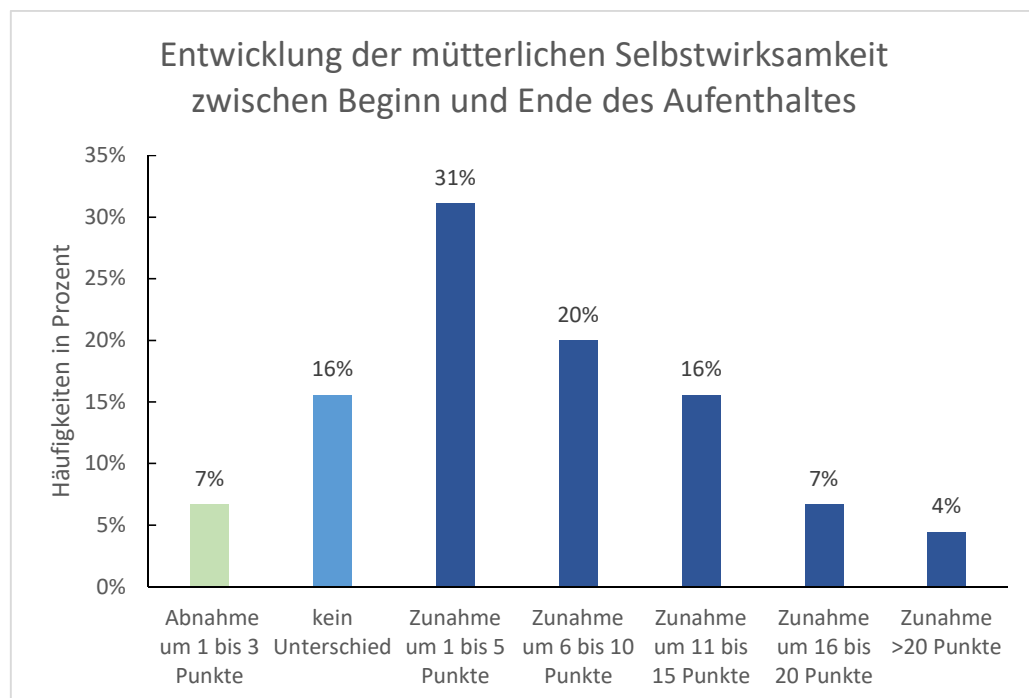


Abb. 5: Entwicklung der mütterlichen Selbstwirksamkeit

Zusätzliche Analyse:

Es wurde weiterführend getestet, ob es in dieser Stichprobe einen Unterschied der mütterlichen Selbstwirksamkeit bei Erstgebärenden und Mehrfachgebärenden (> 1 Geburt) gibt, der in der Literatur mehrfach beschrieben wurde. Es bestätigte sich anhand des nicht-parametrischen Mann-Whitney-U-Test, dass Primiparae ($n=31$) zu Beginn des Aufenthaltes eine signifikant niedrigere Selbstwirksamkeit aufwiesen ($Median=56$) als Multiparae ($n=15$, $Median=66$, $U=-3,14$, exakte Signifikanz zweiseitig $p=.001$). Auch zum Ende des Aufenthaltes zeigten Multiparae ($n=16$) eine höhere Selbstwirksamkeit ($Median=69,5$) als Primipara ($Median=65$, $U=-2,62$, $n=33$, exakte Signifikanz zweiseitig $p=.004$).

5.2.3 Entwicklung des mütterlichen Selbstvertrauens

Hypothese 3:

Mütter von Frühgeborenen, die ein Rooming-in wahrgenommen haben, zeigen ein höheres mütterliches Selbstvertrauen am Ende des Aufenthaltes (T2) auf der Nachsorgestation als zu Beginn des Aufenthaltes auf der Nachsorgestation (T1).

H1: Mittelwert T1 < Mittelwert T2

H0: Mittelwert T1 \geq Mittelwert T2

In der nachstehenden Tabelle (vgl. Tabelle 16) wird das mütterliche Selbstvertrauen zu den Zeitpunkten T1 und T2 anhand Mittelwert, Median, Minimum, Maximum und der Standardabweichung dargestellt. Der Summenscore des Fragebogens (LMSCS) kann insgesamt Werte von 24-144 erreichen.

Tabelle 16: Mütterliches Selbstvertrauen T1/T2

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>Median</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>SD</i>
Selbstvertrauen (T1)	51	116,96	118	77	142	13,74
Selbstvertrauen (T2)	51	126,12	129	90	144	12,16
Differenz (T2-T1)		9,16	11			

Es zeigt sich ein Zuwachs des mütterlichen Selbstvertrauens anhand der Zunahme des Mittelwertes und des Medians. Das Selbstvertrauen der Mütter war bei Entlassung von der Nachsorgestation signifikant höher ($Median=129$) als bei Beginn des Aufenthaltes

(Median=118; exakter Wilcoxon-Test: $U=-5,31$, $p<0.001$ (einseitig)). Somit wird die Nullhypothese abgelehnt. Die Effektstärke nach Cohen (1992) liegt bei $r=-.53$ und entspricht einem starken Effekt. Folgende Abb. 6 zeigt die Entwicklung des mütterlichen Selbstvertrauens zwischen Beginn und Ende des Aufenthaltes.

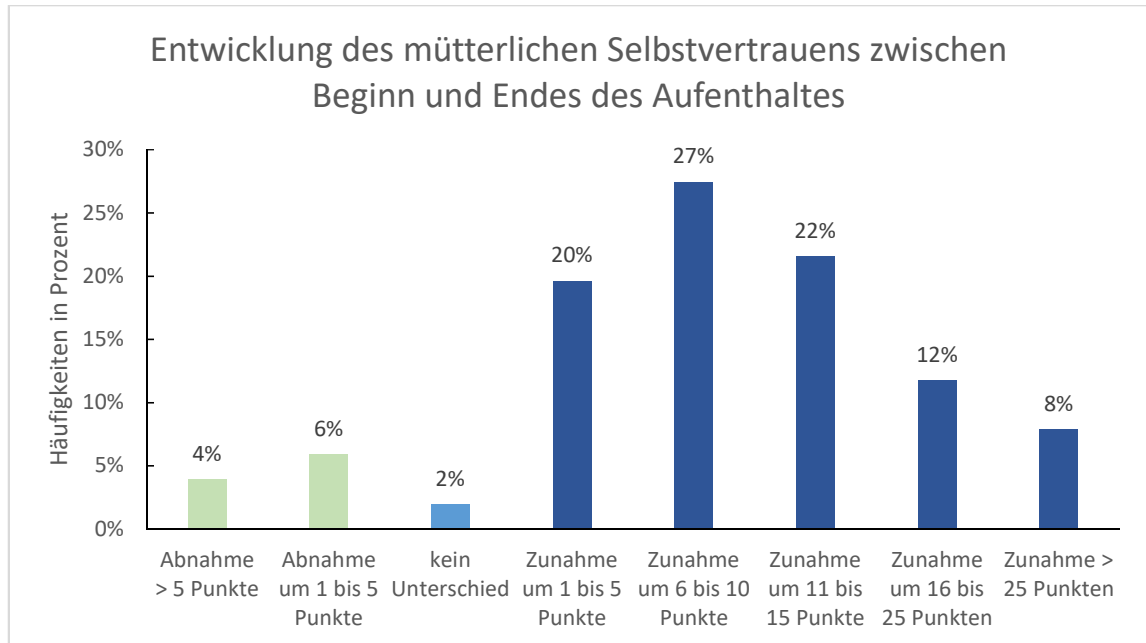


Abb. 6: Entwicklung des mütterlichen Selbstvertrauens

Zusätzliche Analyse:

Da sich die mütterliche Selbstwirksamkeit und das mütterliche Selbstvertrauen als Konstrukte überschneiden, wurde der Zusammenhang der Summenscores beider Fragebögen zu Beginn (T1) und zum Ende (T2) des Rooming-ins analysiert. Dies wurde anhand der Spearman-Rangkorrelation berechnet. Zu Beginn des Aufenthaltes (T1) korrelierte die mütterliche Selbstwirksamkeit mit dem mütterlichen Selbstvertrauen signifikant, $r_s=.68$, $p<.001$ (zweiseitig), $n=45$. Auch zur Entlassung (T2) korrelierte die mütterliche Selbstwirksamkeit mit dem mütterlichen Selbstvertrauen signifikant, $r_s=.69$, $p<.001$ (zweiseitig), $n=45$.

5.2.4 Entwicklung der mütterlichen psychischen Belastung

Hypothese 4:

Mütter von Frühgeborenen, die ein Rooming-in wahrgenommen haben, zeigen eine geringere psychische Belastung am Ende des Aufenthaltes (T2) auf der Nachsorgestation als zu Beginn des Aufenthaltes auf der Nachsorgestation (T1).

H1: Mittelwert T1 > Mittelwert T2

H0: Mittelwert T1 ≤ Mittelwert T2

In der nachstehenden Tabelle (vgl. Tabelle 17) wird die mütterliche psychische Belastung zu den Zeitpunkten T1 und T2 anhand von Mittelwert, Median, Minimum, Maximum und der Standardabweichung verglichen. Der Summenscore des Fragebogens (DASS-P) kann insgesamt Werte von 0-45 erreichen.

Tabelle 17: Mütterliche psychische Belastung T1/T2

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>Median</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>SD</i>
Psychische Belastung (T1)	51	7,96	6	0	25	5,82
Psychische Belastung (T2)	51	5,82	5	0	21	5,25
Differenz (T2-T1)	51	-2,14	-1			

Es zeigte sich eine Abnahme der psychischen Belastung anhand der Abnahme des Medians und Mittelwerts: Mütter von Frühgeborenen gaben am Ende des Aufenthaltes auf der Nachsorgestation eine signifikant geringere psychische Belastung anhand Symptomen von Depressivität, Angst, Stress an (*Median*=5) als zu Beginn des Aufenthaltes (*Median*=6; exakter Wilcoxon-Test, $U=-3,94$, $p<.001$ (einseitig), $n=51$). Somit wird die Nullhypothese abgelehnt. Die Effektstärke nach Cohen (1998) von $r=-.39$ entspricht einem mittleren Effekt. Die folgende Abb. 7 zeigt die Zu- und Abnahme der psychischen Belastung während des Aufenthaltes.

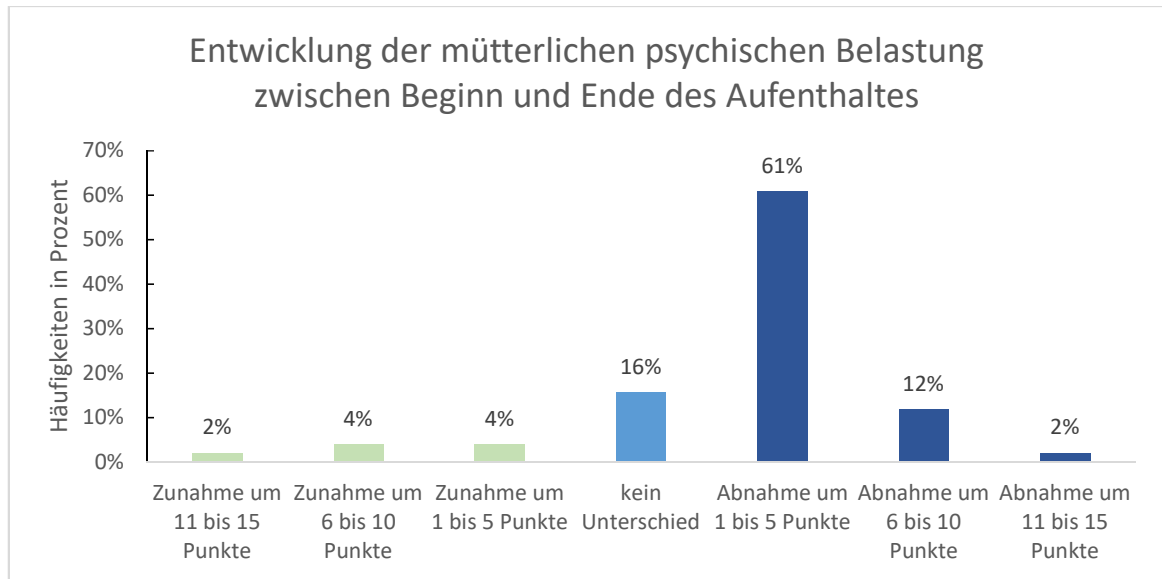


Abb. 7: Entwicklung der mütterlichen psychischen Belastung

Zusätzliche Analysen:

Es wurden zusätzlich die Mittelwerte der Subskalen Depressivität, Angst und Stress einzeln betrachtet. Dafür wurde das Signifikanzniveau auf $\alpha=.0167$ angepasst (Bonferroni-Korrektur). Die Summenscores der Subskalen können jeweils Werte von 0-15 erreichen. In der nachstehenden Tabelle (vgl. Tabelle 18) werden die Subskalenwerte zu den Zeitpunkten T1 und T2 anhand von Mittelwert, Median, Minimum, Maximum und der Standardabweichung dargestellt.

Tabelle 18: Darstellung der Subskalen Depression, Angst und Stress T1/T2

	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Median</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>SD</i>
Depression (T1)	51	1,12	1	0	8	1,56
Depression (T2)	51	0,86	0	0	6	1,39
Angst (T1)	51	3,12	3	0	11	2,61
Angst (T2)	51	2,20	2	0	9	2,34
Stress (T1)	51	3,75	3	0	13	2,68
Stress (T2)	51	2,75	2	0	9	2,49

Es zeigte sich insgesamt eine Abnahme der Mittelwerte und der Mediane innerhalb der Subskalen Depression, Angst und Stress zwischen Beginn und Ende des Aufenthaltes auf der Nachsorgestation. In der Subskala Depression gab es keinen signifikanten Un-

terschied zwischen den Mittelwerten zu Beginn und zum Ende des Aufenthaltes (Wilcoxon-Test, $U = -1,09$, $p = .285$ (exakt, einseitig), $N = 51$). Jedoch zeigten sich signifikant weniger Angstsymptome zum Ende des Aufenthaltes ($Median = 2$) als zu Beginn des Aufenthaltes ($Median = 3$, Wilcoxon-Test, $U = -3,56$, $p < .001$ (exakt, einseitig), $N = 51$). Die Effektstärke nach Cohen (1992) liegt bei $r = -.35$ und entspricht einem mittleren Effekt. Auch zeigten die Mütter signifikant weniger Stress-Symptome zum Ende des Aufenthaltes ($Median = 2$) als zu Beginn des Aufenthaltes ($Median = 3$; Wilcoxon-Test, $U = -3,61$, $p < .001$ (exakt, einseitig), $N = 51$). Die Effektstärke nach Cohen (1992) liegt bei $r = -.36$ und entspricht einem mittleren Effekt.

Zusätzliche Analyse:

Des Weiteren sollte ergänzend erforscht werden, ob wie in der Literatur beschrieben eine Korrelation zwischen dem mütterlichen psychischen Befinden und Bondingproblemen vorliegt. Es zeigte sich eine signifikante positive Korrelation zwischen den mütterlichen psychischen Symptomen (Gesamtwert) und Anzeichen mütterlicher Bondingprobleme zu beiden Zeitpunkten berechnet anhand des Spearman-Rangkorrelationskoeffizienten. (T1, $r_s = .495$, $p < .001$, zweiseitig, T2, $r_s = 0.297$, $p = .036$, zweiseitig). Zu Beginn ist diese Korrelation im mittleren Ausmaß, zum Ende des Aufenthaltes ist die Korrelation schwach ausgeprägt.

5.3 Explorative Datenanalyse: Die Entwicklung des mütterlichen Bondings, Selbstwirksamkeit, Selbstvertrauens und psychischen Befindens nach der Entlassung

Es wurde explorativ untersucht, wie sich die Anzeichen für ein gestörtes Bonding, die mütterliche Selbstwirksamkeit, das mütterliche Selbstvertrauen sowie die psychische Belastung zwischen dem Zeitpunkt der Entlassung (T2) und dem Zeitpunkt des Follow-up (T3) verändern. Folgend werden einzeln die Fragestellungen betrachtet. Da es sich um explorative Fragestellungen handelt, wurde jeweils ein zweiseitiges Signifikanzniveau von $\alpha = .05$ angenommen.

5.3.1 Entwicklung des mütterlichen Bondings nach der Entlassung

Wie entwickeln sich bei Müttern von Frühgeborenen, die ein Rooming-in wahrgenommen haben, die Anzeichen für ein gestörtes mütterliches Bonding nach der Entlassung von der Nachsorgestation?

In der nachstehenden Tabelle (vgl. Tabelle 19) werden die Anzeichen für ein gestörtes mütterliches Bonding zu den Zeitpunkten T2 und T3 anhand von Mittelwert, Median, Minimum, Maximum und der Standardabweichung dargestellt.

Tabelle 19: Gestörtes mütterliches Bonding T2/T3

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>Median</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>SD</i>
gestörtes mütterliches Bonding (T2)	35	3,94	3	0	12	3,35
gestörtes mütterliches Bonding (T3)	35	5,23	4	0	21	4,39
Differenz (T3-T2)		1,29	1			

Es zeigte sich eine Zunahme an mütterlichen Bondingproblemen anhand der Zunahme des Mittelwerts und des Medians zwischen dem Zeitpunkt der Entlassung und der Nachsorgeuntersuchung.

Die Anzeichen für ein gestörtes Bonding der Mutter nahmen nach 1-6 Monaten (*Median*=4) signifikant zu im Vergleich zur Entlassung von der Nachsorgestation (*Median*=3, Wilcoxon-Test, $U=-2,35$, $p=.017$ (exakt, zweiseitig), $n=35$). Die Effektstärke nach Cohen (1992) liegt bei $r=-.28$ und entspricht einem mittleren Effekt.

Auch nach Identifikation eines Ausreißers und Ausschluss dessen (Zunahme der Bondingprobleme um 16 Punkte) war dieser Effekt weiterhin signifikant.

5.3.2 Entwicklung der mütterlichen Selbstwirksamkeit nach der Entlassung

Wie entwickelt sich bei Müttern von Frühgeborenen, die ein Rooming-in wahrgenommen haben, die mütterliche Selbstwirksamkeit nach der Entlassung von der Nachsorgestation?

In der nachstehenden Tabelle (vgl. Tabelle 20) wird die mütterliche Selbstwirksamkeit zu den Zeitpunkten T2 und T3 anhand von Mittelwert, Median, Minimum, Maximum und der Standardabweichung dargestellt.

Tabelle 20: Mütterliche Selbstwirksamkeit T2/T3

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>Median</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>SD</i>
Selbstwirksamkeit (T2)	31	67,23	69	53	72	5,40
Selbstwirksamkeit (T3)	31	69,84	70	63	72	2,76
Differenz (T3-T2)		2,61	1			

Es zeigte sich eine Zunahme der mütterlichen Selbstwirksamkeit anhand der Zunahme des Mittelwerts und des Medians im Zeitraum nach der Entlassung bis zum Zeitpunkt der Nachsorgeuntersuchung. Mütter von Frühgeborenen zeigten eine höhere Selbstwirksamkeit nach 1-6 Monaten zu Hause (*Median*=70) als bei Entlassung von der Nachsorgestation (*Median*=69; Wilcoxon-Test, $U=-3,5$, $p<.001$ (exakt, zweiseitig), $n=31$). Die Effektstärke nach Cohen (1992) liegt bei $r=-.44$ und entspricht einem starken Effekt.

5.3.3 Entwicklung des mütterlichen Selbstvertrauens nach der Entlassung

Wie entwickelt sich bei Müttern von Frühgeborenen, die ein Rooming-in wahrgenommen haben, das mütterliche Selbstvertrauen nach der Entlassung von der Nachsorgestation? In der nachstehenden Tabelle (vgl. Tabelle 21) wird das mütterliche Selbstvertrauen zu den Zeitpunkten T2 und T3 anhand von Mittelwert, Median, Minimum, Maximum und der Standardabweichung dargestellt.

Tabelle 21: Mütterliches Selbstvertrauen T2/T3

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>Median</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>SD</i>
Selbstvertrauen (T2)	35	127,51	130	101	144	11,14
Selbstvertrauen (T3)	35	129,57	131	104	144	10,57
Differenz (T3-T2)		2,06	1			

Es zeigte sich deskriptiv eine Zunahme des mütterlichen Selbstvertrauens anhand der Zunahme des Mittelwerts und des Medians. Das mütterliche Selbstvertrauen zeigte jedoch keine signifikante Veränderung 1-6 Monate nach Entlassung (*Median*=131) im Vergleich zur Entlassung von der Nachsorgestation (*Median*=130, Wilcoxon-Test, $U=-1,44$, $p=.153$ (exakt, zweiseitig), $n=35$).

5.3.4 Entwicklung der mütterlichen psychischen Belastung nach der Entlassung

Wie entwickelt sich bei Müttern von Frühgeborenen, die ein Rooming-in wahrgenommen haben, die psychische Belastung nach der Entlassung von der Nachsorgestation?

In der nachstehenden Tabelle (vgl. Tabelle 22) wird die mütterliche psychische Belastung zu den Zeitpunkten T2 und T3 anhand von Mittelwert, Median, Minimum, Maximum und der Standardabweichung dargestellt.

Tabelle 22: Mütterliche psychische Belastung T2/T3

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>Median</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>SD</i>
psychische Belastung (T2)	36	5,56	5	0	21	4,82
psychische Belastung (T3)	36	2,69	1,5	0	16	3,72
Differenz (T3-T2)		-2,86	-3,5			

Es zeigte sich eine Abnahme der psychischen Belastung anhand der Abnahme des Mittelwerts und des Medians: Die psychische Belastung war signifikant geringer nach 1-6 Monaten zu Hause (*Median*=1,5) als zum Ende des Aufenthaltes auf der Nachsorgestation (*Median*=5; Wilcoxon-Test: $U=-3,24$, $p<.001$ (exakt, zweiseitig), $n=36$). Die Effektstärke nach Cohen (1992) liegt bei $r=-.38$ und entspricht einem mittleren Effekt.

Zusätzliche Analysen:

Es wurden zusätzlich die Mittelwerte der Subskalen Depressivität, Angst und Stress einzeln betrachtet. Dafür wurde das Signifikanzniveau auf $\alpha=.0167$ angepasst (Bonferroni-Korrektur). Die Summenscores der Subskalen können insgesamt Werte von 0-15 erreichen. In der nachstehenden Tabelle (vgl. Tabelle 22) werden die Subskalenwerte zu den Zeitpunkten T2 und T3 anhand von Mittelwert, Median, Minimum, Maximum und der Standardabweichung dargestellt.

Tabelle 23: Darstellung der Subskalen Depression, Angst und Stress T2/T3

	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Median</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>SD</i>
Depression (T2)	36	0,70	0	0	5	1,19
Depression (T3)	36	0,25	0	0	3	0,69
Angst (T2)	35	2,14	2	0	9	2,20
Angst (T3)	35	1,26	0	0	9	2,15
Stress (T2)	35	2,71	2	0	9	2,52
Stress (T3)	35	1,26	1	0	5	1,54

Es zeigte sich insgesamt eine Abnahme der Mittelwerte und der Mediane innerhalb der Subskalen Depression, Angst und Stress zwischen dem Zeitpunkt der Entlassung und dem Zeitpunkt des Follow-ups.

In der Subskala Depression gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen den Mittelwerten Ende des Aufenthaltes und zum Zeitpunkt des Follow-ups (Wilcoxon-Test, $U = -1,84$, $p = .071$ (exakt, zweiseitig), $N = 36$). Jedoch zeigten sich signifikant weniger Angstsymptome zum Follow-up ($Median = 0$) als zum Ende des Aufenthaltes ($Median = 2$, Wilcoxon-Test, $U = -2,41$, $p = .014$ (exakt, zweiseitig), $N = 35$). Die Effektstärke nach Cohen (1992) liegt bei $r = -.29$ und entspricht einem mittleren Effekt. Auch zeigten die Mütter signifikant weniger Stress-Symptome zum Follow-up ($Median = 1$) als zum Ende des Aufenthaltes ($Median = 2$; Wilcoxon-Test, $U = -3,32$, $p < .001$ (exakt, zweiseitig), $N = 35$). Die Effektstärke nach Cohen (1992) liegt bei $r = -.40$ und entspricht einem starken Effekt.

5.4 Explorative Datenanalyse bezüglich weiterführender Aspekte des Rooming-ins

5.4.1 Gründe der Mütter, ein Rooming-in wahrzunehmen

Insgesamt beantworteten 46 von 51 befragten Müttern (90,2%), die ein Rooming-in wahrgenommen haben, die Frage zu ihren Gründen für ein Rooming-in. Zum einen wurden sieben Antwortmöglichkeiten vorgegeben, wobei Mehrfachnennungen zugelassen wurden. Zum anderen konnten die Mütter auch eigene Gründe niederschreiben. In der nachfolgenden Abbildung (siehe Abb. 8) werden die Ergebnisse der Befragung anhand der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten dargestellt.

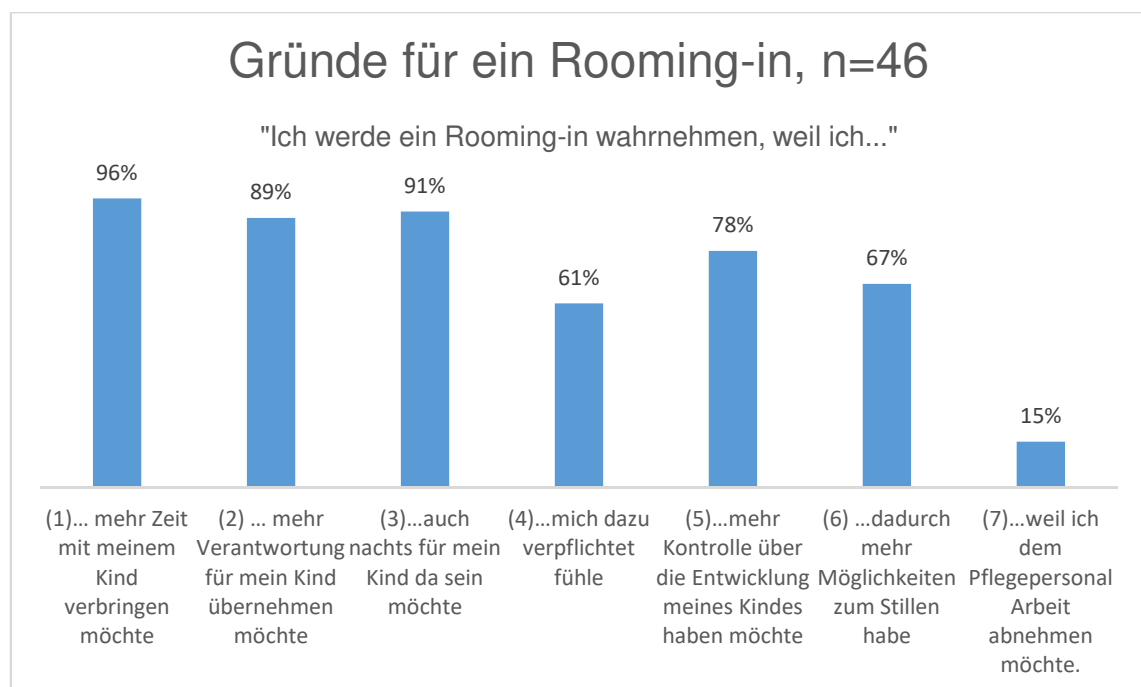


Abb. 8: Gründe für ein Rooming-in

Ergänzend wurden von 17 von 51 Müttern (33,3%) zusätzliche Gründe für ein Rooming-in formuliert. Diese können in der Kategorie „Mütterliche Gefühle“ mit vier Subkategorien zusammengefasst werden, die folgend in Tabelle 24 aufgeführt werden.

Tabelle 24: Weitere Gründe der Mütter, an einem Rooming-in teilzunehmen

Kategorie		Anzahl an Nennungen	Beispielantworten
„Mütterliche Gefühle“			
1.	Wunsch nach Stärkung der Mutter-Kind-Bindung	6	„...Kontakt und Bindung zum Kind...“ „außerdem wächst die Mutter-Kind Bindung...“
2.	„Ich brauche das Kind“	4	„weil ich es sonst vermisse...“ „...sonst Gefühl habe ein Teil von mir fehlt...“
3.	„Das Kind braucht mich“	5	„...mein Kind zu mir gehört und ich im Moment seine einzige Stimme bin und es mich braucht...“
4.	Selbstverständlichkeit	2	„weil ich die Mutter bin“ „weil es für mich selbstverständlich ist, dass ein Elternteil beim Kind ist“
	Sonstiges	3	„weil ich nicht aus der Umgebung komme und zu weit weg wohne“ „beim Start ins Leben möchte ich teilhaben“

Zusammenfassend zeigte sich mit rund 96% Nennungen als größte Motivation der Mütter für ein Rooming-in die zusätzliche Zeit, die mit dem Kind verbracht werden kann. Als weitere wichtige Gründe nannten die Mütter, auch nachts für Ihr Kind da sein (91%) und mehr Verantwortung für ihr Kind übernehmen zu wollen (89%). 61% der Mütter fühlen sich zu einem Rooming-in verpflichtet. 15% der Mütter möchten dem Pflegepersonal Arbeit abnehmen. In den zusätzlichen schriftlichen Antworten von 17 Müttern zeigte sich die starke Bedeutung der Mutter-Kind-Bindung für die Mütter als Grund für ein Rooming-in. In der Hauptkategorie „Mütterliche Gefühle“ zeigt sich die emotionale Verbundenheit der Mutter zum Kind („Ich brauche das Kind“, „das Kind braucht mich“) sowie die verinnerlichte Mutterrolle, die eine Trennung vom Kind nicht zulässt.

5.4.2 Gründe der Mütter, nicht an einem Rooming-in teilzunehmen

Bei fünf Müttern, die nicht an einem Rooming-in teilnahmen, konnten Gründe dafür erhoben werden. Die Antworten wurden anhand des Kategoriensystems ausgewertet. Die folgende Tabelle 25 zeigt die Gründe in Kategorien zusammengefasst.

Tabelle 25 :Gründe der Mütter, nicht an einem Rooming-in teilzunehmen

Kategorie	Anzahl an Nennungen	Antworten
Keine Verfügbarkeit/ Nähe zum Krankenhaus	1	„keine freien Plätze verfügbar, wohne ca. 3 min vom Klinikum entfernt“
Andere Kinder zu Hause	2	„Zwei weitere Kinder zu Hause“ „weil ich andere Kinder zu Hause betreue“
Langer stationärer Aufenthalt der Mutter auf der Wochenbettstation vor der Geburt	2	„Ich war wegen Blasensprung 5 Wochen im Krankenhaus bis zur Geburt und habe "die Nase voll" von Krankenhausaufenthalten“ „8 Wochen bereits vorher im Krankenhaus“

Die Mütter nahmen nicht an einem Rooming-in teil, da sie schon einen längeren stationären Aufenthalt auf der Wochenbettstation vor der Geburt hatten (zwei Nennungen), andere Kinder zu Hause hatten (zwei Nennungen) oder Nähe des Krankenhauses wohnten oder da das Rooming-in nicht verfügbar war (eine Nennung).

5.4.3 Erwartungen an die Zeit auf der Nachsorgestation

Auf die Frage: „Was erwarten Sie von der Zeit auf der Nachsorgestation“ antworteten 44 von 51 Müttern (86,3%). Die Antworten wurden in elf Kategorien zusammengefasst in folgender Tabelle 26.

Tabelle 26: Erwartungen der Mütter an die Zeit auf der Nachsorgestation

Kategorien	Anzahl an Nennungen	%	Beispielantworten
Fortschritte/ Gesundheit des Kindes	23	52,5	„...Kind völlig gesund mit nach Hause nehmen“
Optimale Betreuung/ Versorgung/ Überwachung des Kindes	20	45,5	„dass mein Kind gut umsorgt und betreut wird“
Tipps im Umgang mit dem Kind	15	34,1	„...ich einige Tipps und Kniffe im Umgang mit meiner Tochter mitnehme“
Sicherheit	15	34,1	„Sicherheit im Umgang mit dem Kind“
Vorbereitung auf zu Hause	11	24,4	„Mein Kind soll fit für die Zeit zu Hause gemacht werden“
baldige Entlassung	8	18,2	„Schnell nach Hause“
Mutter-Kind-Bindung	8	17,8	„Stärkere Bindung“
Selbstständigkeit der Mutter in der Pflege des Kindes	6	13,6	„Pflege selbst übernehmen“
Stillen	6	13,6	„Vollzeit stillen“
Verständnis, Wertschätzung	3	6,8	„Dass ich als Mutter mit meinen Fragen ernst genommen und unterstützt werde“
Einbeziehen der Eltern in die Versorgungsplanung/ Absprachen	3	6,8	„Absprache mit Eltern verbessern, bei besonderen Ereignissen sofortiger Anruf bei der Mutter z.B. Verletzung“

Einzelne Erwartungen:

„Vorbereitung auf Notfallsituationen“, „24-h Rooming-in“

Geäußerte Gefühle einzelner Mütter:

„ich befürchte, dass es ziemlich anstrengend wird, körperlich

sowie emotional“

„Gewöhnung an neue Lebensumstände sowie neuen Rhythmus“

Die Mütter erwarten von der Zeit auf der Nachsorgestation vor allem Fortschritte in der Gesundheit des Kindes (23 Nennungen), eine optimale Betreuung des Kindes (20 Nennungen) sowie Tipps im Umgang mit dem Kind (15 Nennungen). Des Weiteren erhoffen sie sich, Sicherheit im Umgang mit dem Kind zu erlangen (15 Nennungen).

5.4.4 Fragen zur Vorbereitung auf die Entlassung

Zur Entlassung wurde erhoben, wie gut sich die Mütter vorbereitet auf die Entlassung fühlen (siehe Abb. 9). In weiteren Fragen wurden die Mütter dazu befragt, was ihnen während des Aufenthaltes auf der Nachsorgestation geholfen hat. Diese Fragen wurden erst während der laufenden Untersuchung hinzugefügt und liegen deshalb für einen kleineren Stichprobenumfang vor (siehe Abb. 9). Des Weiteren wurde in offenen Fragen erfragt, was die Mütter von der Zeit auf der Nachsorgestation mitnehmen und inwieweit sich die Erwartungen an die Zeit auf der Nachsorgestation erfüllt bzw. nicht erfüllt haben.

1. Fragen zur Vorbereitung auf die Entlassung

50 Mütter beantworteten die fünf gestellten Fragen (siehe Abb. 9) auf einer Likertskala (1=stimmt völlig, 6= stimmt überhaupt nicht).

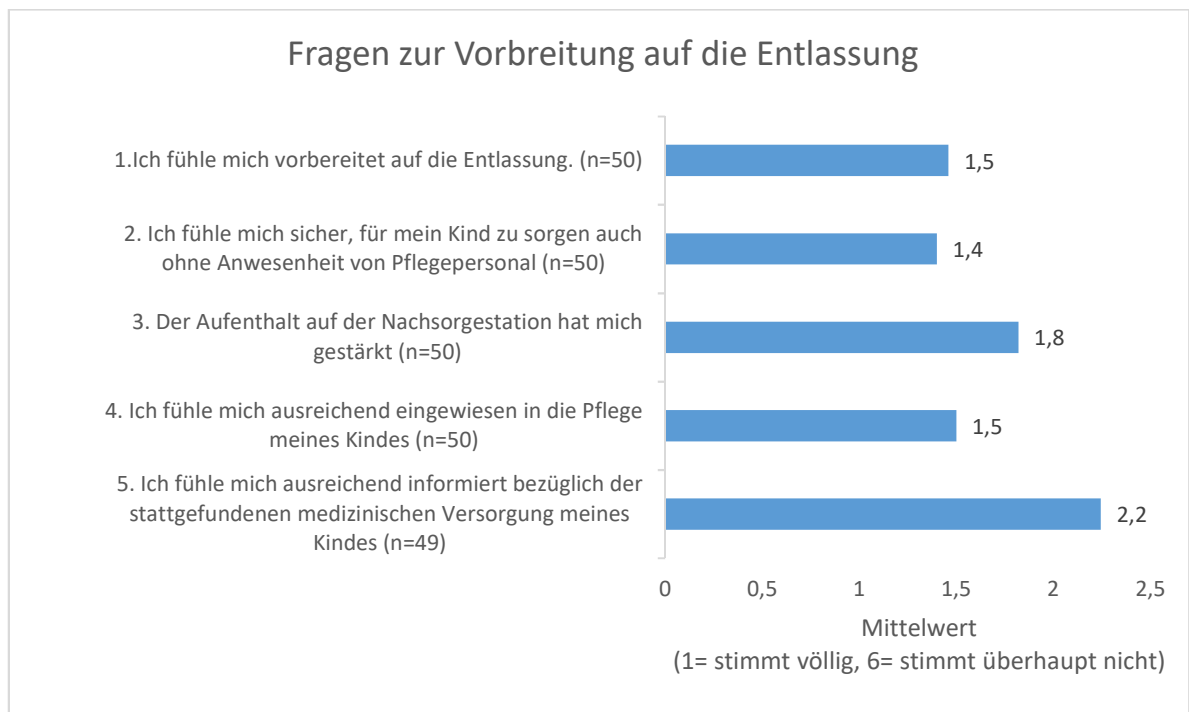


Abb. 9: Fragen zur Vorbereitung auf die Entlassung

Zusammenfassend fühlen sich die Mütter sehr gut vorbereitet auf die Entlassung ($M=1,5$, $SD=0,86$). Sie fühlen sich sicher in der Versorgung ihres Kindes ($M=1,4$, $SD=0,53$) und fühlen sich ausreichend eingewiesen in die Pflege ihres Kindes ($M=1,5$, $SD=0,76$). Am wenigsten gut ($M=2,2$, $SD=1,18$) bewerteten die Mütter die Information bezüglich der stattgefundenen medizinischen Versorgung des Kindes.

2. Was hat den Müttern während des Aufenthaltes auf der Nachsorgestation geholfen?

Es wurden 28 Mütter befragt, was ihnen während des Aufenthaltes auf der Nachsorgestation geholfen hat anhand der folgenden Fragen auf einer Skala von 1-4 (1 = nicht geholfen, 2= wenig geholfen, 3=deutlich geholfen, 4= sehr geholfen). Die Mütter beantworteten die Fragen folgend (siehe Abb. 10).

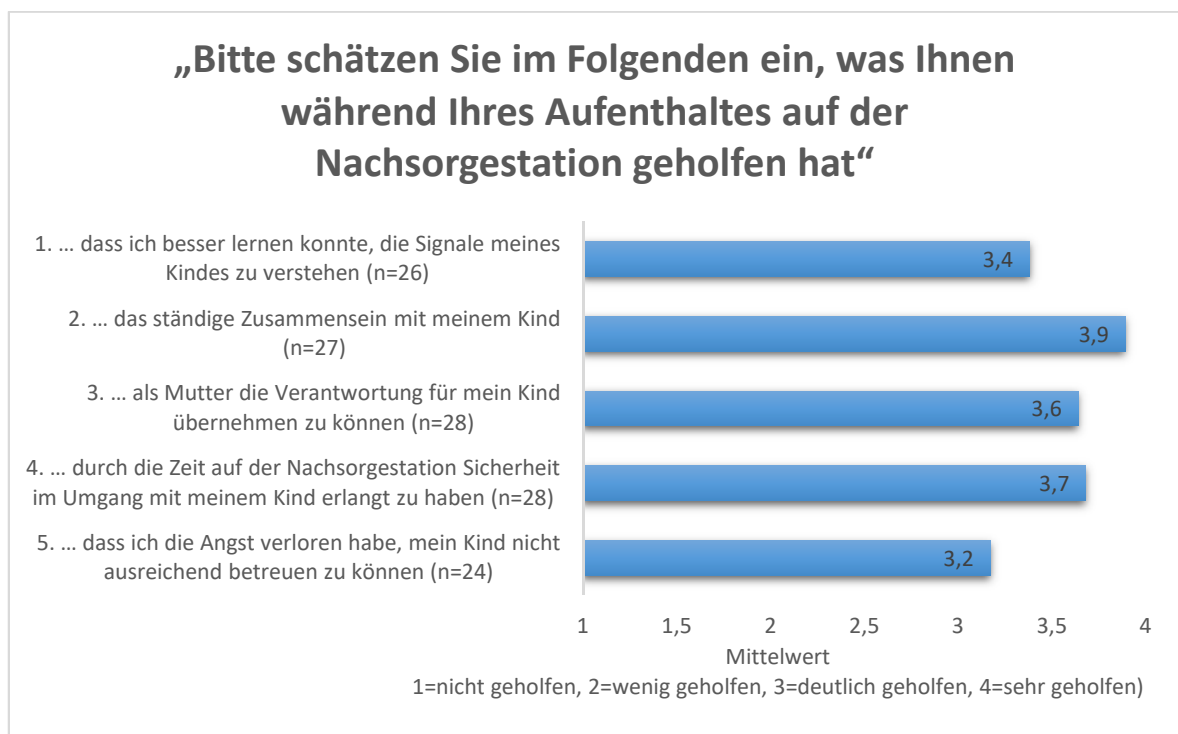


Abb. 10: Helfende Faktoren während eines Rooming-ins

Zusammenfassend zeigt sich, dass alle genannten Punkte den Müttern geholfen haben während ihres Aufenthaltes. Besonders das ständige Zusammensein mit dem Kind hat den Müttern geholfen ($M=3,9$, $SD=0,42$) sowie die erlangte Sicherheit im Umgang mit dem Kind ($M=3,7$, $SD=0,61$) und das Übernehmen von Verantwortung für das Kind ($M=3,6$, $SD=0,78$).

3. Erfüllte Erwartungen der Mütter

Die Antworten zu den Fragen „Was nehmen Sie mit von der Zeit auf der Nachsorgestation?“ und „In welchen Bereichen haben sich Ihre Erwartungen erfüllt?“ wurden in elf Kategorien zusammengefasst. Insgesamt beantworteten 42 Mütter (82,4%) beide bzw. eine der Fragen.

Tabelle 27: Erfüllte Erwartungen der Mütter

Kategorie	Anzahl an Nennun- gen n=42	%	Beispielantworten
Gute Betreuung	21	50	„...fürsorgliche Pflege von Mutter und Kind“
Tipps im Umgang mit dem Kind	20	47,6	„Tipps für den Umgang mit meinem Kind zu erhalten“
Sicherheit	13	31	„sichererer Umgang mit meinem Kind!“
Mutter-Kind-Bindung	8	19	„...ich habe wie erhofft Zeit zum Bonding gefunden (zuvor lag mein Kind auf der Intensivstation) ...“
Fortschritte des Kindes	7	16,7	„die Entwicklung des Kindes ist sehr gut vorangeschritten“
Stillen	5	11,9	„...im Stillen geschult zu werden...“
Vorbereitung auf zu Hause	5	11,9	„sehr gute Vorbereitung auf die Zeit daheim“
Selbständigkeit der Mutter in der Pflege des Kindes	2	4,8	„allein für das Kind zu sorgen, dennoch Rückhalt vom Pflegepersonal zu haben“
Vergleich mit anderen Familien	2	4,8	„dass es uns sehr gut geht im Vergleich zu anderen Kindern/Müttern“
Geduld	3	7,1	„dass Geduld manchmal viel mehr erbracht werden muss“
Erwartungen wurden in allen Bereichen erfüllt	8	19	„Erwartungen wurden alle erfüllt“

Weitere Antworten:

„Private Probleme, da noch Geschwisterkind betreut werden musste. Nachsorge an sich

Vorfreude auf zu Hause im Umgang mit Baby“

„Notfallübungen“

„bei allem Service - Zuhause ist es am schönsten“

„seelischer Aufbau nach traumatischer Entbindung“

„Da ich schon Mutter einer 1,5 Jahre alten Tochter bin, weiß ich, was mich erwartet“.

„Auch diese Zeit vergeht. Zeit u. Ruhe für das Kind sind da“

Die Mütter zeigen vor allem positive Resonanz in Bezug auf die Betreuung (21 Nennungen), erhaltene Tipps im Umgang mit dem Kind (20 Nennungen) und in Bezug auf die erlangte Sicherheit (13 Nennungen).

4. Unerfüllte Erwartungen der Mütter

Auf die Frage „In welchen Bereichen haben sich ihre Erwartungen nicht erfüllt?“ antworteten 18 von 51 (35,3%) befragten Müttern, die an einem Rooming-in teilnahmen. Es ergaben sich folgende Kategorien (vgl. Tabelle 28). Die Mütter zeigten den Wunsch nach...

Tabelle 28: Unerfüllte Erwartungen der Mütter

Kategorie	Nennungen	Beispielantworten
Besserer Betreuung/mehr Zeit	6	„Unterbesetzung ist nicht tolerierbar auf dieser Station“ „Ärzte fachlich sehr gut aber immer gestresst und man hat das Gefühl die Nachsorgestation ist unwichtig“ „im Umgang mit dem Baby, da wir „nur“ das Füttern beigebracht bekommen haben“
mehr Informationen/ Bessere Kommunikation	6	„Ärzttekommunikation!“ „schlechte“ Information über Medigabe...“ „viele Fragen wurden nur teils oder nicht ausreichend beantwortet, vor allem was in der Zeit war als man nicht beim Kind war...“
Einheitlicher Kommunikation/ konkrete Aussagen in der Pflege	5	„... Kommunikation war manchmal nicht übereinstimmend oder gar nicht weiterleitend“ „... keine gemeinsame Richtlinie unter Pflegepersonal, z.B. wie oft wiegen...“
Anderen Räumlichkeiten	4	„keine Räumlichkeiten für Treffen mit Geschwisterkindern“ „manche Muttis schlafen auf flachen, unpraktischen Liegen“ „Ich lag in einem 3-Bett Zimmer, Ruhe finden nur schwer möglich“
Bessere psychologische Unterstützung	4	„bessere psychologische Betreuung der Mütter“
Vollstillen/Stillberatung	3	„wenig Zeit für Stillversuche“
Mehr Toleranz im Pflegerhythmus	3	„Fixierung auf Zahlen, Kurven etc.“ „strenger Pflegerhythmus hat mich unter Druck gesetzt“

Bessere Organisation	3	„es fehlt an einem Fahrplan“ „teilweise herrschte organisatorisches Chaos“
Besserer Essensversorgung	1	

Unter den nicht erfüllten Erwartungen der Mütter zeigen sich Kritikpunkte bezüglich der Betreuung (sechs Nennungen), der Kommunikation (sechs Nennungen), einer einheitlichen Kommunikation in der Pflege (fünf Nennungen) sowie bezüglich der Räumlichkeiten (vier Nennungen). Bezüglich der Räumlichkeiten war vor allem ein Kritikpunkt, dass einige Mütter in Dreibettzimmern untergebracht waren. Des Weiteren wünschten sich die Mütter eine bessere psychologische Betreuung.

5.4.5 Fragen zur Sicherheit im Umgang mit dem Kind und Informationsbedarf der Mütter zum Zeitpunkt des Follow-ups

Insgesamt wurden 36 Mütter zum Zeitpunkt des Follow-ups befragt, die an einem Rooming-in teilgenommen hatten. Die Mütter gaben auf folgende vier Fragen auf einer Likertskala von 1-6 (1= stimmt völlig, 6= stimmt gar nicht) eine Antwort. Die Antworten der Mütter zeigt die folgende Tabelle 29.

Tabelle 29: Fragen zum Follow-up

		N	1 (stimmt völlig)	2	3	4	5	6 (Stimmt gar nicht)
1	Ich fühle mich sicher, für mein Kind zu Hause zu sorgen	35	33	2	0	0	0	0
2	Ich bin ängstlich, wenn ich mein Kind zu Hause versorge	35	0	0	1	1	3	30
3	Ich benötige mehr Informationen bezüglich des medizinischen Zustands meines Kindes	34	3	2	4	3	11	11
4	Ich benötige mehr Informationen bezüglich der Pflege meines Kindes	43	2	0	1	2	9	20

Zum Zeitpunkt des Follow-up zeigte sich, dass der überwiegende Anteil der Mütter sich sehr sicher in der Versorgung ihres Kindes fühlten (91%=stimmt völlig) und nicht ängstlich waren in der Versorgung ihres Kindes zu Hause (82%=stimmt gar nicht). Es bestand ein höherer, wenn auch geringer Bedarf an Informationen bezüglich des medizinischen

Zustands des Kindes (39,5%=stimmt gar nicht) als ein Bedarf an Informationen bezüglich der Pflege des Kindes (58,1%=stimmt gar nicht).

5.4.6 Fragen zu Unsicherheiten der Mütter zu Hause

11 von 36 befragten Müttern (30,6%) antworteten auf die offene Frage „In welchen Bereichen fühlen Sie sich noch unsicher?“. Die Antworten bezüglich der Unsicherheit der Mütter zeigt die folgende Tabelle 30.

Tabelle 30: Unsicherheiten der Mütter

Kategorie	Anzahl an Nennungen	Beispielantworten
Entwicklung des Kindes	6	„Entwicklungsstand“ „altersgerechte Entwicklung meines Kindes und dessen Förderung“
Beruhigung des Babys bei Schreien	3	„mein Kind zu beruhigen, wenn es alleine schlafen soll“
Leistenhernie	2	„Im Umgang mit den Leistenbrüchen“
Füttern	2	„habe mit Beikost angefangen“ „...manchmal beim Füttern“ „Ich fühle mich immer noch unsicher bzgl. der Menge an Milch, die ich habe. Ich befürchte nicht genug für mein Kind zu haben.“
Verhalten bei möglichen Erkrankungen	1	„Beschwerden meines Kindes/Unwohlsein richtig deuten und behandeln“ „im Falle von Krankheit des Babys“

Weitere Unsicherheiten:

„Gesunde Schlafumgebung: mein Kind schläft hauptsächlich auf dem Bauch...“

„im Umgang des Babys mit anderen Babys/Kindern“

Am häufigsten wurden von den Müttern Unsicherheiten in Bezug auf die Entwicklung des frühgeborenen Kindes genannt (sechs Nennungen) sowie Unsicherheiten in Bezug auf das Beruhigen des Kindes (drei Nennungen).

5.4.7 Stillpraxis

Des Weiteren wurden die Mütter bei ihrer Entlassung sowie beim Follow-up zu ihrer Stillpraxis gefragt. 34 Mütter beantworteten zu beiden Zeitpunkten die Frage. Die Stillrate bei Entlassung und Follow-up zeigt folgende Tabelle 31.

Tabelle 31: Stillrate bei Entlassung sowie zum Follow-up

	n	voll- gestillt	%	teilweise gestillt	%	nicht gestillt	%
Stillrate Entlassung (T2)	34	11	32,4	13	38,2	10	29,4
Stillrate Follow-up (T3)	34	13	38,2	7	20,4	14	41,2

Es zeigt sich eine leicht zunehmende Rate an vollgestillten Kindern von 32% bei Entlassung auf 38% zum Follow-up. Beim Follow-up gab es jedoch eine höhere Rate an nicht gestillten Kindern (41,2% zu 29,4%) und eine Abnahme an teilweise gestillten Kindern (38,2% zu 20,4%) im Vergleich zur Entlassung.

6 Diskussion

Das Ziel der Studie lag darin, die Entwicklung von Bonding, Selbstwirksamkeit, Selbstvertrauen und psychischer Belastung bei Müttern von frühgeborenen Kindern während eines Rooming-ins darzustellen. Auch interessierte, in wieweit sich diese im Zeitraum nach der Entlassung bis zur ambulanten Nachuntersuchung verändern würden. Anhand explorativer Fragen sollten ergänzend weiterführende Erkenntnisse bezüglich der Gründe für und gegen ein Rooming-in, der Erwartungen der Mütter an den Aufenthalt sowie der Vorbereitung der Mütter auf zu Hause gewonnen werden.

In der Diskussion werden folgend die Ergebnisse in den theoretischen Kontext eingeordnet und anhand des aktuellen Forschungsstandes diskutiert. Nachfolgend werden die Hypothesen diskutiert und es soll auf die explorativen Fragestellungen eingegangen werden. Zum Teil wurden Aspekte der explorativen Fragestellungen in den Hypothesenteil integriert, wenn diese hierzu passende, ergänzende Informationen liefern konnten. Des Weiteren wird auch auf die Limitationen der Studie bezüglich des Studiendesigns sowie der Stichprobe eingegangen. Zuletzt folgen eine abschließende Betrachtung und ein Ausblick auf mögliche zukünftige Untersuchungen.

6.1 Diskussion der Hypothesen

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Hypothesentestungen diskutiert.

6.1.1 Entwicklung des mütterlichen Bondings im Kontext Rooming-in

Die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung ist elementar für die weitere Entwicklung des Kindes. Die Eltern von frühgeborenen Kindern befinden sich jedoch in der ersten Phase der Beziehungsbildung in einer besonderen Belastungssituation. Dies führte in der Neonatologie zu dem wichtigen Ansatz, die Eltern in ihrer Beziehungsbildung zu ihrem Kind im stationären Kontext zu unterstützen. Es wurde die Hypothese überprüft, dass sich mütterliche Bondingprobleme bei Müttern von Frühgeborenen während eines Rooming-ins auf der Nachsorgestation verringern. In Übereinstimmung mit der Hypothese zeigte sich, dass es im Kontext Rooming-in auf der Nachsorgestation zu einer signifikanten Reduktion von Zeichen gestörten Bondings der Mutter zwischen Anfang und Ende des Aufenthaltes kam. So zeigte sich bei 66% der Mütter eine Abnahme von Bondingproblemen und dies entsprach einem mittleren Effekt. Es handelte sich dabei vor allem um kleine Veränderungen. Da jedoch bei Bondingfragebögen bedingt durch die hohe soziale

Erwünschtheit eine verminderte Sensitivität angenommen werden muss, sind auch diese leichten Veränderungen zu beachten. Das Ergebnis der vorliegenden Studie ist somit konsistent mit den früheren qualitativen Studien von Bennett & Sheridan (2005), Beck et al. (2009), Flacking et al. (2006) und Domanico et al. (2010), die eine Förderung des mütterlichen Bondings durch ein Rooming-in aufzeigen. Durch eine fehlende Kontrollgruppe in der vorliegenden Studie müssen die Ergebnisse jedoch vorsichtig interpretiert werden. Es ist weiter zu diskutieren, warum es in der vorliegenden Studie zu einer leichten Zunahme von Bondingproblemen bei 22% der Mütter während des Rooming-ins kam. Bisher sind dazu keine quantitativen oder qualitativen Studien vorhanden. Die leichte Zunahme von Bondingproblemen kann ggf. mit der größeren Verantwortung für das Kind, dem Versorgen des Kindes rund um die Uhr und einem Gefühl der Verpflichtung zusammenhängen. Zu vermuten ist auch, dass die Mütter nach der Geburt noch ein idealisiertes Bild des Kindes haben, das sich jedoch nun bei dem vermehrten Kontakt mit dem Kind vermindert. Es konnte bisher in Studien gezeigt werden, dass erhöhte Bondingprobleme mit einer erhöhten psychischen Belastung der Mutter korrelieren (Reck et al., 2006). In der vorliegenden Studie lässt sich diese signifikante Korrelation bestätigen. Zu Beginn des Rooming-ins zeigte sich zwischen den mütterlichen Bondingproblemen und der psychischen Belastung eine moderate Korrelation, am Ende des Rooming-ins zeigte sich jedoch eine eher schwache Korrelation.

Insgesamt sind die Zeichen des gestörten Bondings bei den befragten Müttern in der vorliegenden Studie auf niedrigem Niveau. In einer deutschen Stichprobe (Mütter allgemein ohne Depressionen ($N=808$)) wurde ein Mittelwert von 7,33 erreicht (Reck et al., 2006), in der vorliegenden Studie zeigten sich die Mittelwerte sowohl zu Beginn als auch zum Ende des Aufenthaltes niedriger (Beginn: $M=6,3$; Ende: $M=4,5$). In der Literatur geben sich Hinweise, dass bei Müttern von Frühgeborenen weniger Bondingprobleme berichtet werden als bei Müttern von reifgeborenen Kindern im Sinne einer kompensatorischen Pflege (Hoffenkamp et al., 2012).

Zusammenfassend zeigen sich in der vorliegenden Studie sowie in der Literatur überwiegend Evidenzen für eine Förderung des mütterlichen Bondings durch ein Rooming-in/Familienzimmer. Da sich das mütterliche Bonding schwer messen lässt anhand Selbstauskunftsfragebögen, ist es auch sinnvoll, sich bindungsfördernde Faktoren wie die Förderung der Selbstwirksamkeit, des Selbstvertrauens oder die Entwicklung der psychischen Belastung der Mutter zu betrachten. Die Ergebnisse werden folgend diskutiert.

6.1.2 Entwicklung der mütterlichen Selbstwirksamkeit im Kontext Rooming-in

Ein weiteres Element zur Förderung der Mutter-Kind-Beziehung ist die Stärkung der mütterlichen Selbstwirksamkeit. Es wurde die Hypothese überprüft, ob die mütterliche Selbstwirksamkeit bei Müttern von Frühgeborenen während eines Rooming-ins auf der Nachsorgestation zunimmt. In Übereinstimmung mit der Hypothese zeigte sich in der vorliegenden Studie ein signifikanter Anstieg der mütterlichen Selbstwirksamkeit zwischen Beginn und Ende des Aufenthaltes während eines Rooming-ins. Dies zeigte sich mittels eines starken Effektes; 78% der Mütter zeigten eine Zunahme ihrer Selbstwirksamkeit. Dabei kam es am häufigsten zu einer leichten Zunahme (1-5 Punkten). Zu begründen ist dies ggf. damit, dass es in der vierstufigen Antwortmöglichkeit des Fragebogens einen großen Unterschied in der Zustimmung zwischen 3 und 4 Punkten gab (3 Punkte: „Stimmt ein wenig“, 4 Punkte: „Stimmt genau“). Der Anstieg der Selbstwirksamkeit ist insgesamt am deutlichsten mit einer Effektstärke von $r = -.54$ verglichen mit den Fragebögen zum mütterlichen Bonding ($r = .33$), zur psychischen Belastung ($r = -.39$) und dem mütterlichen Selbstvertrauen ($r = -.53$). Es bestätigt, dass die Mütter während des Rooming-ins vor allem Sicherheit in der Versorgung ihres Kindes erlangten. Dieser Anstieg war anzunehmen, da bei einem Rooming-in Möglichkeiten geschaffen sind, die mütterliche Selbstwirksamkeit zu stärken. In Banduras Theorie zum Erlangen der Selbstwirksamkeit spielt der Aspekt des eigenen Handelns eine große Rolle, der bei einem Rooming-in verstärkt wird. Die Mutter hat die Chance, Kontrolle über die Pflege ihres Kindes zu übernehmen und die krisenhafte Situation durch ihr eigenes Engagement am Kind zu überwinden. Auch die Möglichkeit, sich mit anderen Müttern in einer ähnlichen Situation auszutauschen und diese ggf. als Rollenmodell zu nutzen, ist gegeben. Ermutigungen von außen erfahren die Mütter durch das Pflegepersonal, das die Mütter positiv bestärken soll und ihnen eine positive Rückmeldung zu ihren Tätigkeiten geben soll. Der Autorin ist bisher keine Studie bekannt, die die Entwicklung der Selbstwirksamkeit bei Müttern von Frühgeborenen über den Verlauf der Hospitalisierung speziell während eines Rooming-ins darstellt. Deshalb können die Ergebnisse der vorliegenden Studie einen ersten Beitrag leisten, indem sie zeigen, dass eine Unterstützung der Selbstwirksamkeit während eines Rooming-ins gelingt. Es kann jedoch wegen einer fehlenden Kontrollgruppe die Veränderung in der Selbstwirksamkeit nicht eindeutig auf das Rooming-in zurückgeführt werden, da auch das Vergehen von Zeit zu einer Verbesserung der Selbstwirksamkeit geführt haben könnte. Studien mit Kontrollgruppen sind bisher sehr selten und konnten keine eindeutigen Hinweise für eine vermehrte mütterliche

Selbstwirksamkeit nach einem Rooming-in zeigen. In der Studie von Wataker et al. (2012) konnten im Vergleich von Müttern mit und ohne Rooming-in Hinweise für eine erhöhte Selbstwirksamkeit bei Müttern, die an einem Rooming-in teilnahmen, gezeigt werden. In der Studie von Jones et al. (2016) zeigte sich jedoch keine vermehrte Zunahme der mütterlichen Selbstwirksamkeit nach einem mütterlichen Aufenthalt in einem Familienzimmer im Vergleich zur Kontrollgruppe ohne Aufenthalt in einem Familienzimmer (siehe Kapitel 2.4). Anhand der sehr geringen Datenlage ist deshalb bisher nicht auszumachen, ob ein Rooming-in verstärkt zu einer Zunahme der Selbstwirksamkeit bei Müttern von Frühgeborenen führt. Bisher konnte in der Studie von Ribeiro & Kase (2017) auch eine Zunahme der mütterlichen Selbstwirksamkeit im Rahmen der Standardpflege dargestellt werden. In der früheren Studie von Barnes & Adamson-Macedo (2007) zeigt sich jedoch nur eine sehr geringe Zunahme der mütterlichen Selbstwirksamkeit und das Ergebnis war nicht signifikant. Die Autoren der Studie von Ribeiro & Kase (2017) nehmen an, dass die mütterliche Beteiligung (Känguruhpflege, Teilnahme an der Pflege des Kindes) ein Mediator für die höhere Selbstwirksamkeit der Mütter am Ende der Hospitalisierung des frühgeborenen Kindes darstellt.

Welchen Bedarf die Mütter von Frühgeborenen haben, in ihrer Selbstwirksamkeit unterstützt zu werden, soll folgend diskutiert werden. In der vorliegenden Studie zeigten die Mütter von Frühgeborenen schon zu Beginn des Rooming-ins eine mittlere bis hohe mütterliche Selbstwirksamkeit ($M=59,93$, es können insgesamt 18-72 Punkte erreicht werden). Eine generell geringere mütterliche Selbstwirksamkeit im Vergleich zu Müttern von reifgeborenen Kindern und somit ein höherer Bedarf konnte in der Literatur bisher nicht festgestellt werden (Spielman & Taubman - Ben-Ari, O., 2009; Tristão et al., 2015). Trotzdem zeigt sich in den qualitativen Daten der vorliegenden Studie ein nicht zu vernachlässigender Wunsch der Mütter, Sicherheit in der Versorgung ihres Kindes zu erlangen. Jede dritte Mutter (34,1%, $n=44$) erwartete von ihrem Aufenthalt, dass sie Sicherheit in der Versorgung ihres Kindes gewinnt. Besonders deutlich zeigte sich die Zunahme an Selbstwirksamkeit bei erstgebärenden Müttern (Primiparae). Primiparae hatten deskriptiv zu Beginn des Aufenthaltes eine geringere Selbstwirksamkeit als Multiparae (Median 56 vs. Median 66). Auch zeigten sie eine stärkere Zunahme der Selbstwirksamkeit bis zum Ende des Aufenthaltes (Zunahme des Medians durchschnittlich 9 Punkte bei Primiparae, um durchschnittlich 3,5 Punkte bei Multiparae). Dies ist konsistent mit den Ergebnissen von Studien zur Selbstwirksamkeit bei Müttern von Frühgeborenen, in denen eine erhöhte Selbstwirksamkeit bei Multiparae beschrieben wurde im Vergleich zu Primiparae (Barnes & Adamson-Macedo, 2007) sowie ein größerer Anstieg der Selbstwirksamkeit bei Primiparae während des stationären Aufenthaltes des Kindes

(Ribeiro & Kase, 2017). Somit stellen Primiparae, die eine große Gruppe von Müttern darstellen (in dieser Studie 63,7%), eine besondere Zielgruppe für die Förderung der Selbstwirksamkeit dar.

Zusammenfassend zeigt sich eine deutliche Zunahme der mütterlichen Selbstwirksamkeit während des stationären Aufenthaltes, die die größte Effektstärke der untersuchten Aspekte aufweist. Es liegt nahe zu vermuten, dass ein Rooming-in durch die erhöhte Präsenz und Beteiligung der Mutter an der Pflege verstärkt zur Entwicklung der mütterlichen Selbstwirksamkeit führt. Jedoch ist die Studienlage für diesen Schluss noch nicht ausreichend und das Design ohne Kontrollgruppe in der vorliegenden Studie für diesen Rückschluss nicht geeignet. Es ist anzunehmen, dass die mütterliche Beteiligung einen Mediatorfaktor für die Zunahme der Selbstwirksamkeit darstellt. In ihren Erwartungen zeigen die Mütter ein großes Bedürfnis (34,1%), Sicherheit im Umgang mit dem Kind zu erlangen. Besonders Primiparae stellen mit einer niedrigeren Selbstwirksamkeit als Multiparae eine besonders zu beachtende Zielgruppe dar.

6.1.3 Entwicklung des mütterlichen Selbstvertrauens im Kontext des Rooming-in

Es wurde die Hypothese überprüft, ob das mütterliche Selbstvertrauen bei Müttern von Frühgeborenen während eines Rooming-ins auf der Nachsorgestation zunimmt. In Übereinstimmung mit der Hypothese zeigte sich eine signifikante Zunahme des mütterlichen Selbstvertrauens vom Beginn bis zum Ende eines Rooming-ins. Dies zeigte sich mittels eines starken Effektes ($r = -.53$). Die Entwicklung des mütterlichen Selbstvertrauens verhält sich ähnlich wie die Entwicklung der mütterlichen Selbstwirksamkeit. Dies zeigt auch die starke Korrelation von $r_s = .68$ und $r_s = .69$ zu den beiden Zeitpunkten. Dies war zu erwarten, da die beiden Konstrukte Überschneidungspunkte besitzen. Im Unterschied zu den Fragen zur mütterlichen Selbstwirksamkeit wird in den Fragen zum mütterlichen Selbstvertrauen jedoch nicht nur erfragt, wie sicher sich die Mütter bei den Tätigkeiten fühlen („Ich fühle mich nervös und unsicher, wenn ich mit meinem Baby umgehe“), sondern es wird die spezifische Rolle der Mutter betrachtet („Ich glaube, ich bin eine gute Mutter“, „Mutter zu sein erscheint mir einfach“ oder „Andere Leute meinen, dass ich eine gute Mutter bin“). Diese weiterführende Erfassung der gefühlten Mutterrolle ist ein wertvoller ergänzender Beitrag der vorliegenden Arbeit. Es kam zu einer signifikanten Zunahme des mütterlichen Selbstvertrauens während des Aufenthaltes auf der Nachsorgestation bei 89% der Mütter. Dies spricht gegen die Aussage von Glidewell und Livert (1992), dass das mütterliche Selbstvertrauen eher ein stabiler Zustand an Sicherheit sei,

der weniger situationsabhängig oder situationsspezifisch sei als die Selbstwirksamkeit. Der Autorin sind keine Studien zur Entwicklung des Selbstvertrauens während eines Rooming-ins bei Müttern von Frühgeborenen bekannt. Bei reifgeborenen Kindern konnte ein signifikant höheres Selbstvertrauen bei Primiparae, die ein Rooming-in wahrnahmen im Vergleich zu Primiparae gezeigt werden, die kein Rooming-in wahrnahmen. (Kim & Park, 2001).

Zusammenfassend konnte die vorliegende Studie mit einem ersten Befund zeigen, dass es zu einem deutlichen Anstieg des mütterlichen Selbstvertrauens während eines Rooming-ins bei Müttern von frühgeborenen Kindern kommt.

6.1.4 Entwicklung der mütterlichen psychischen Belastung im Kontext Rooming-in

Es wurde die Hypothese überprüft, ob sich die mütterliche psychische Belastung bei Müttern von Frühgeborenen während eines Rooming-ins auf der Nachsorgestation verringert. In der vorliegenden Studie zeigte sich in Übereinstimmung mit der Hypothese eine Reduktion der mütterlichen psychischen Belastung zwischen Beginn und Ende des Aufenthaltes der Mutter auf der Nachsorgestation. Bei 75% der Mütter kam es zu einer Abnahme der psychischen Belastung und es zeigte sich ein mittlerer Effekt ($r = -.39$). Bei der Abnahme handelte es sich überwiegend um eine leichte Abnahme der Belastung (61%), jedoch zeigten auch 14% der Mütter eine größere Abnahme der Belastung. Weiterführende Analysen haben gezeigt, dass Stress- und Angstsymptome signifikant abnahmen, jedoch nicht depressive Symptome. Die Persistenz von depressiven Symptomen ist konsistent mit Studien zur postpartalen Depression, in denen eine Belastung bei Müttern von Frühgeborenen mit LBW vor allem in den ersten drei Monaten, bei VLBW-Kindern vor allem in den ersten zwölf Monaten nachgewiesen wurden (Vigod et al., 2010). Es könnte sich jedoch auch um einen Bodeneffekt handeln, da sich die Depressionssymptome auf sehr niedrigem Niveau befinden (Mittelwert zu Beginn des Aufenthaltes = 1,12; zu erreichender Maximalwert = 15). Die Verringerung der psychischen Belastung insgesamt stimmt überein mit der aktuellen Studienlage. Diese Abnahme der psychischen Belastung ist u.a. mit dem sich bessernden Gesundheitszustand des Kindes in Zusammenhang zu bringen (Wildner, 2011) sowie z.B. mit der Adaption der Familie an die Situation (Singer et al., 1999). Des Weiteren leistet das Pflegepersonal oft einen großen Anteil an der emotionalen Unterstützung der Eltern (Turner, Chur-Hansen, & Winefield, 2014). Als einer der größten Stressoren der Mütter wurde das Nichtausüben

der Elternrolle durch Trennung vom Kind identifiziert. Ob ein Rooming-in durch die Normalisierung der Elternrolle und physische Nähe von Mutter und Kind den Prozess positiv beeinflussen kann, wurde bisher erst ansatzweise, mit kleinen Stichproben, unterschiedlichen Instrumenten und in Querschnittstudien untersucht. Bisher ergaben die Studien in Bezug auf die mütterliche psychische Belastung in Familienzimmern/Rooming-in-Zimmern inkonsistente Ergebnisse. In der Studie mit einem großen Stichprobenumfang (N=383) von Lester et al. (2014) zeigte sich bei Müttern in Familienzimmern signifikant weniger Stress am Ende des Aufenthaltes als bei Müttern mit frühgeborenen Kindern in Standardpflege. In Studien mit geringem Stichprobenumfang von circa 50 Teilnehmern konnte dieser Effekt nicht dargestellt werden und es zeigte sich zum Teil sogar mehr mütterlicher Stress nach Wahrnehmung eines Familienzimmers (Erdeve et al., 2009; Holbrook et al., 2015; Jones et al., 2016; Pineda et al., 2012; Smithgall, 2010). Stressfaktoren der Mütter, die möglicherweise bei den 10% der Mütter während des Rooming-ins in der vorliegenden Studie zu einer Zunahme der Belastung geführt haben könnten, konnten mit der Abfrage von nicht erfüllten Erwartungen sowie Gründen zum Rooming-in identifiziert werden. Zum einen ist es möglich, dass das Gefühl der Verpflichtung für ein Rooming-in zu Lasten der eigenen emotionalen Bedürfnisse geht (61% der 51 Mütter fühlten sich zu einem Rooming-in verpflichtet). Dies wird auch in der Studie von Pineda et al. (2012) vermutet. Des Weiteren wird von Pineda et al. (2012) argumentiert, dass es zu vermehrtem Stress der Mütter durch ein Gefühl der Isolation und dem Vermissen der Unterstützung durch andere in einem Familienzimmer kommen kann. Da das Rooming-in in der vorliegenden Studie vor allem in Zwei- bis Dreibettzimmern stattfand, waren die Mütter weniger isoliert vom Personal/anderen Müttern als in Familienzimmern und konnten sich mehr mit anderen Müttern unterhalten. Jedoch kann die gestörte Privatsphäre und die Störung durch andere Kinder im Mehrbettzimmer auch zu mütterlichem Stress geführt haben. Vier Mütter äußerten dies: z.B. „Dreibettzimmer, Ruhe finden war nur schwer möglich“. Studien zeigen, dass Einzelzimmer von den Eltern als positiver eingestuft werden, besonders in Bezug auf die Privatsphäre und das Familiengefühl (Beck et al., 2009). Ein weiterer potentieller Stressfaktor war die Unzufriedenheit mit der personellen Betreuung, der vor allem den Wunsch nach mehr Zeit (sechs Nennungen) und besserer (sechs Nennungen) sowie einheitlicher Kommunikation (fünf Nennungen) zeigt. Auch wünschten sich einige Mütter eine bessere psychologische Betreuung. Dies ist ein Hinweis, dass der Bedarf an psychologischer Betreuung noch nicht gedeckt ist. Insgesamt antworteten die Mütter jedoch auf die Frage „Der Aufenthalt auf der Nachsorgestation hat mich gestärkt“ sehr positiv.

6.2 Die weitere Entwicklung des mütterlichen Bondings, mütterlichen Selbstwirksamkeit, Selbstvertrauens und der psychischen Belastung nach der Entlassung

Folgend werden die Entwicklung des mütterlichen Bondings, der mütterlichen Selbstwirksamkeit, des Selbstvertrauens und der psychischen Belastung nach der Entlassung bis zum Zeitpunkt der Nachsorgeuntersuchung diskutiert.

6.2.1 Entwicklung des mütterlichen Bondings nach der Entlassung

Es zeigte sich zum Zeitpunkt der Nachsorgeuntersuchung eine geringe, aber signifikante Zunahme der mütterlichen Bondingprobleme von durchschnittlich 1,29 Punkten im Vergleich zum Zeitpunkt der Entlassung. Dies könnte damit erklärt werden, dass die Mütter zu Hause ohne pflegerischen Beistand mit ihrem Kind interagieren und sich die vermehrten Anstrengungen auf das mütterliche Bonding auswirken. Die Zeit des Übergangs zwischen Krankenhaus und dem häuslichen Milieu wird als eine kritische Phase für die Eltern beschrieben. Wenn bei den Eltern nicht ausreichend Wissen und Fähigkeiten vorhanden sind, können diese überfordert sein mit den Verantwortlichkeiten, die sie nun allein übernehmen müssen (Boykova & Kenner, 2012).

6.2.2 Entwicklung der mütterlichen Selbstwirksamkeit nach der Entlassung

Nach der Entlassung zeigte sich zum Zeitpunkt der Nachsorgeuntersuchung weiter eine signifikante Zunahme der mütterlichen Selbstwirksamkeit. Die Mütter konnten somit entsprechend Banduras Theorie zur Erlangung von Selbstwirksamkeit z.B. durch vermehrten Umgang mit dem Kind im häuslichen Milieu weiter ihre Selbstwirksamkeit steigern. Diese durchschnittliche Zunahme beträgt zwischen Entlassung und Follow-up 2,61 Punkte ($r=-.44$) und ist somit geringer als die durchschnittliche Zunahme während des Aufenthaltes (6,69 Punkte, $r=-.54$). Dies lässt annehmen, dass der stationäre Aufenthalt der Mutter zu einem großen Teil an der Entwicklung der mütterlichen Selbstwirksamkeit beigetragen hat. Die geringere Zunahme zwischen Entlassung und der Nachsorgeuntersuchung kann jedoch auch damit zusammenhängen, dass die Mütter den Maximalwert von 72 Punkten fast erreicht haben an beiden Zeitpunkten (*Median* zur Entlassung=69, *Median* zur Nachsorgeuntersuchung=70). Im Gegensatz dazu konnte in der Studie von Jones et al. (2016) bei einem Follow-up nach vier Monaten nach einem mütterlichen

Aufenthalt im Familienzimmer/ Standardpflege keine weitere Zunahme der Selbstwirksamkeit gezeigt werden.

6.2.3 Entwicklung des mütterlichen Selbstvertrauens nach der Entlassung

Bezüglich des mütterlichen Selbstvertrauens zeigte sich keine signifikante Änderung zwischen der Entlassung und der Befragung zum Zeitpunkt der Nachsorgeuntersuchung.

Die durchschnittliche Zunahme des mütterlichen Selbstvertrauens zwischen Entlassung und Nachsorgeuntersuchung beträgt 2,06 Punkte und ist geringer als die durchschnittliche Zunahme von 9,16 Punkten ($r=-.53$) während des Aufenthaltes. Auch hier bewegen sich die Werte auf sehr hohem Niveau (*Median* zur Nachsorgeuntersuchung: 131 Punkte, zu erreichender Maximalwert 144 Punkte) und es könnte sich somit um einen Deckeneffekt handeln.

6.2.4 Entwicklung der mütterlichen psychischen Belastung nach der Entlassung

Die mütterliche psychische Belastung erwies sich zum Zeitpunkt der Nachsorgeuntersuchung signifikant geringer als zum Zeitpunkt der Entlassung. Diese weitere Abnahme der psychischen Belastung der Mütter bestätigt die Ergebnisse des bisherigen Forschungsstandes (Carter, Mulder, Frampton, Christopher M A, & Darlow, 2007; Singer et al., 1999). Gründe dafür können z.B. sein, dass sich die Mütter in der häuslichen Umgebung vertrauter fühlen, Unterstützung durch den Partner/Familie und Freunde erfahren und eine Normalisierung der Familiensituation eingetreten ist (Singer et al., 1999). Aufgeschlüsselt auf die Subskalen zeigte sich vor allem eine Abnahme von Stress und Angstsymptomen. Dies kann mit einem Bodeneffekt zusammenhängen, da sich die Depressionssymptome auf sehr niedrigem Niveau befanden (Mittelwert zur Entlassung 0,7; zu erreichender Maximalwert 15). Jedoch zeigte sich auch in der Studie von Jones (2016), in der die psychische Belastung von Müttern von Frühgeborenen in Familienzimmer und Standardpflege verglichen wurde, vor allem eine Abnahme der Angst- und Stresssymptome in beiden Gruppen zum Follow -up nach vier Monaten.

6.3 Gründe der Mütter für ein Rooming-in

In den wichtigsten genannten Gründen für ein Rooming-in der Mutter zeigt sich das starke Bedürfnis der Mutter nach Nähe zum Kind. Die Mütter nehmen das Rooming-in wahr, da sie mehr Zeit mit ihrem Kind verbringen möchten und auch nachts bei ihrem Kind sein möchten. Auch die zusätzlichen Antworten, die von 17 Müttern niedergeschrieben wurden, zeigen die „mütterlichen Gefühle“ für das Kind, wie der Wunsch nach „Bindung zum Kind“. Dieses starke Bedürfnis nach Nähe ist ein Grundbedürfnis der Eltern von Frühgeborenen im stationären Kontext gleich nach dem Bedürfnis nach Sicherheit (Mundy, 2010), das sich auch in den Erwartungen der Mütter an den Aufenthalt auf der Nachsorgestation widerspiegelt (siehe Kapitel 6.5).

Weitere wichtige Gründe der Mütter für ein Rooming-in sind, mehr Verantwortung für ihr Kind übernehmen zu wollen und mehr Kontrolle über die Entwicklung ihres Kindes haben zu wollen. Diese Gründe zeigen die hohe Bereitschaft der Mütter an der Beteiligung an der Versorgung ihres Kindes während eines Rooming-ins. Die Mütter möchten nicht nur physisch anwesend sein, sondern sich aktiv um ihr Kind kümmern. Bisher zeigten Studien nicht eindeutig, was eigentlich offensichtlich scheint: ob durch die erhöhte Anwesenheit, die durch ein Rooming-in erreicht wird (Carter, Carter, & Bennett, 2008; Harris, Shepley, White, Kolberg, K. J. S., & Harrell, 2006; Jones et al., 2016; Pineda et al., 2012; Smithgall, 2010) das Ziel der erhöhten Nähe, in Form von Beteiligung/Känguruhpflege/Interaktion erreicht wird. Bisher konnten vor allem die Studien von Lester et al. (2014) und Lester et al. (2016) nachweisen, dass es in Familienzimmern zu einer leicht erhöhten mütterlichen Beteiligung durch mehr Känguruhpflege, Füttern/Stillen und Pflege kam. Auch in der europäischen multizentrischen Studie von Raiskila et al. (2017) war der wichtigste Faktor, der elterliche Nähe und Beteiligung durch Halten, Känguruhpflege und Präsenz begünstigte, die Möglichkeit, beim Kind auf der Station zu übernachten. Shepley et al. (2008) konnte in Familienzimmern im Vergleich zur Standardpflege seltenere aber länger andauernde Mutter-Kind-Interaktionen zeigen. Dabei standen oder saßen die Eltern mehr am Bett des Kindes im Familienzimmer und hielten das Kind länger im Arm. Die Studie von Flacking et al. (2013) zeigte dagegen bei einem Rooming-in keine erhöhte Beteiligung in Form vermehrter Känguruhpflege der Eltern. Auch in der Studie von Pineda et al. (2012) zeigte sich zwar eine erhöhte Besucherzeit der Eltern bei Familienzimmern, jedoch keine erhöhte Känguruhpflege. Die Autoren ziehen daraus den Schluss, dass neben dem helfenden Design wie ein Rooming-in/Familienzimmer es ebenso wichtig ist, dass das Personal die Umsetzung von bindungsfördernden Maßnahmen aktiv unterstützt.

Ein weiterer Grund für das Rooming-in, den die Mütter genannt haben, ist eine vermehrte Möglichkeit zum Stillen. Ein Rooming-in gehört zu den „10 Schritten zum erfolgreichen Stillen“, einer globalen Initiative der WHO und UNICEF zur Förderung des Stillens (World Health Organization, 1998). Studien zeigen, dass ein Rooming-in das Stillen der Mütter fördern kann (Davim, Rejane Marie Barbosa, Enders, & Silva, Richardson Augusto Rosendo da, 2010). Ein Rooming-in wurde dabei als notwendig bezeichnet, um den ausreichenden Mutter-Kind Kontakt herzustellen, der so wichtig für das Gelingen des Stillens ist (S.716/717). Auch Domanico et al. (2010) zeigten, dass die Mütter in Familienzimmern die adäquate Privatsphäre zum Stillen schätzten. In Studien konnte gezeigt werden, dass Mütter, die ein Familienzimmer wahrnahmen, ihr Kind bei Entlassung aus dem Krankenhaus sowie bei einem Follow-up nach vier Monaten häufiger voll stillten, als Mütter, die an keinem Rooming-in teilnahmen (Jones et al., 2016; Wataker et al., 2012).

Ein weiterer Grund der Mütter für ein Rooming-in war das Gefühl der Verpflichtung (61%), das neben dem hohen Bedürfnis der Nähe existiert. Auch in der kleinen Studie von Bennett and Sheridan (2005) zeigten drei von zehn Müttern das Gefühl der Verpflichtung zu einem Rooming-in. Eine Abneigung gegen das Krankenhaus wurde für das Kind überwunden. Auch in der Studie von Bialoskurski, Cox, & Wiggins (2002) handelten die Mütter altruistisch und stellten ihre Bedürfnisse hinter die der Kinder. Jedoch kann das Gefühl der Verpflichtung auch zu erhöhtem Stress der Mütter führen, was in der Studie von Pineda et al. (2012) vermutet wird. In zukünftigen Studien muss ggf. erforscht werden, ob sich die Mütter vor allem von sich aus oder durch Druck von außen (Familie/Krankenhaus etc.) verpflichtet fühlen. Des Weiteren ist es wichtig zu erfahren, ob dieses Gefühl der Verpflichtung ggf. auch ein Anzeichen für die emotionale Bindung und der schon verinnerlichten Mutterrolle ist. Der Grund für ein Rooming-in, dem Pflegepersonal Arbeit abzunehmen, spielt mit einer Nennung von 15% der Teilnehmerinnen eine untergeordnete Rolle für die Mütter.

6.4 Gründe der Mütter gegen die Teilnahme an einem Rooming-in

Insgesamt gibt es eine sehr geringe Datenlage zu den Faktoren, die Mütter dazu bewegen, kein Rooming-in wahrzunehmen. In einer Studie zu Rooming-in bei LBW-Kindern wählten mehr Primiparae und Nicht-Raucherinnen das Rooming-in-System (Adam, 1990), was in der vorliegenden Studie bestätigt werden konnte. Aus den Antworten von fünf Müttern, die nicht an einem Rooming-in teilgenommen haben, konnten vier Gründe identifiziert werden. Zum einen wurde ein geringer Anfahrtsweg als Grund gegen ein

Rooming-in genannt. In dieser Studie betrug der durchschnittliche Anfahrtsweg der Mütter, die ein Rooming-in in Anspruch genommen haben rund 26 Minuten. Nur wenige Mütter (n=9) hatten einen längeren Anfahrtsweg von 45-75 Minuten. Acht Mütter entschieden sich trotz eines geringen Anfahrtswegs von fünf bis zehn Minuten für ein Rooming-in. Somit scheint für die meisten Mütter ein Rooming-in trotz eines geringen Anfahrtswegs attraktiv zu sein.

Als weiterer Grund gegen ein Rooming-in wird die Betreuung anderer Kinder zu Hause genannt. Auch aus der Datenlage der vorliegenden Studie ist deutlich zu erkennen, dass deutlich mehr Multiparae kein Rooming-in wahrnehmen als Primiparae. Somit scheint ggf. keine ausreichende Betreuung neben der Mutter für die anderen Kinder zu Hause zur Verfügung zu stehen.

Ein weiterer Grund, der von den Müttern genannt wurde, ist ein langer stationärer Aufenthalt der Mutter auf der Wochenbettstation vor der Geburt. In dieser Studie zeigt sich eine gleiche durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Mütter auf der Wochenbettstation von sechs Tagen bei Müttern, die ein Rooming-in wahrgenommen haben und bei Müttern, die an keinem Rooming-in teilgenommen haben. Somit trifft der Grund eines langen stationären Aufenthaltes bereits auf der Wochenbettstation nur für wenige Mütter zu, um kein Rooming-in wahrzunehmen. Im Vergleich der Daten von Müttern, die ein Rooming-in wahrgenommen haben und Müttern, die kein Rooming-in wahrgenommen haben stellte sich dar, dass mehr Mütter, die nicht an einem Rooming-in teilgenommen haben in der Schwangerschaft rauchten. Da das Rauchen nicht in den Räumlichkeiten erlaubt ist, ist dies ggf. ein Hinderungsgrund für die Mütter, stationär einzuziehen. Des Weiteren zeigte sich im Vergleich, dass die Mütter, die nicht an einem Rooming-in teilnahmen, häufiger eine vorherige Frühgeburt (35,7%) im Gegensatz zu Müttern hatten, die an einem Rooming-in teilnahmen (9,4%). Man könnte z.B. annehmen, dass sich die Mütter durch die vorangegangene Erfahrung einer Frühgeburt ggf. sicherer im Umgang mit dem Kind fühlen und deshalb auf ein Rooming-in verzichten.

6.5 Erwartungen der Mütter an den Aufenthalt auf der Nachsorgestation

Erwartungen der Mütter von Frühgeborenen an den stationären Aufenthalt eines Rooming-ins wurden bisher in der Forschung nicht weiterführend thematisiert. Es wurde vor allem zu den Bedürfnissen der Eltern geforscht. Da die Erwartungen der Mütter an die Zeit auf der Nachsorgestation zum großen Teil Bedürfnisse widerspiegeln, werden sie deshalb folgend in diesem Kontext diskutiert. Die Bedürfnisse der Eltern von Frühgeborenen zu erkennen und diesen entgegen zu kommen ist wichtig, um elterlichen

Stress zu reduzieren und um effektive Unterstützung zu leisten (Ward, 2001). In einer Übersichtsarbeit von Carlitscheck (2013) wurde eine Bedürfnispyramide der Eltern von Frühgeborenen in Anlehnung an die Maslowsche Bedürfnispyramide erstellt auf dem Boden zweier wichtiger Studien von Ward (2001) und Mundy (2010). Diese Pyramide beinhaltet fünf Stufen, wobei das basalste, wichtigste Bedürfnis der Eltern das nach „Assurance“ (Sicherheit, Rückversicherung, bestmöglicher Versorgung) entsprach. Folgend in der Wichtigkeit zeigte sich das Bedürfnis nach Nähe und Teilhabe („Proximity“), nach „Information“, „Comfort“ und „Support“. Auch die Studie von Meyer et al. (1998) stellt die Bedürfnisse von Eltern auf der pädiatrischen Intensivstation anhand einer Bedürfnispyramide dar. Hier steht das Grundbedürfnis nach Schlaf und Nahrung der Eltern an basalster Stelle. Darauf baut das Bedürfnis, das Kind in Sicherheit zu wissen sowie der unbegrenzte Zugang zum Kind auf. Des Weiteren zeigte sich das Bedürfnis nach bestmöglicher Versorgung und Information, nach Teilhabe an der Versorgung des Kindes und nach Erfüllung der Elternrolle. Erst danach strebten die Eltern weitere soziale Unterstützung nach Akzeptanz und eigener emotionaler Konsolidierung an.

In der vorliegenden Studie finden sich in den genannten Erwartungen die Bedürfnisse der Eltern von Frühgeborenen von Meyer et al. (1998), Mundy (2010) und Ward (2001) wieder: Am meisten wird das Bedürfnis der Mütter nach Sicherheit und Kommunikation/Information durch den Wunsch nach Gesundheit/Fortschritte des Kindes, nach einer optimalen Betreuung, nach Tipps im Umgang mit dem Kind, nach Erlangen von Sicherheit im Umgang mit dem Kind, sowie nach einer Vorbereitung auf zu Hause, ausgedrückt. Dabei ist das Ziel einiger Mütter eine möglichst baldige Entlassung. Das Rooming-in ist somit das Mittel zum Zweck für die Mütter um die Entlassung schnellstmöglich zu realisieren. Eine weitere Erwartung ist die Stärkung der Mutter-Kind-Bindung sowie das Stillen, was unter dem Bedürfnis nach Nähe einzuordnen ist. Weitere wichtige Wünsche der Mütter nach Verständnis und Wertschätzung und Einbeziehen der Eltern sowie der Wunsch nach Selbstständigkeit in der Pflege zeigen das Bedürfnis nach Unterstützung („Support“). Zusammenfassend können in den Erwartungen der Mütter an die Zeit auf der Nachsorgestation Bedürfnisse der Mütter identifiziert werden, die besonders die Aspekte der Sicherheit, Kommunikation, Information und Nähe widerspiegeln und so auch in der Literatur wiederzufinden sind.

6.6 Das Rooming-in als Vorbereitung der Eltern auf die Entlassung nach Hause

Die Entlassung des frühgeborenen Kindes aus dem Krankenhaus nach einem meist mehrwöchigen Krankenhausaufenthalt ist für die Eltern überwiegend ein freudvoller Moment. Jedoch haben viele Eltern neben ihren positiven Gefühlen auch unausgesprochene Ängste bei der Entlassung (Discenza, 2009) und fühlen sich ggf. nicht ausreichend vorbereitet auf Zuhause (Sneath, 2009). Dies kann negative Auswirkungen auf die Familie und das Gesundheitssystem haben z.B. durch eine höhere Rate an ärztlichen Wiedervorstellungen und Rehospitalisierungen (Bernstein et al., 2013). Deshalb ist der Prozess der Vorbereitung ein wichtiges Element während des stationären Aufenthaltes des Kindes und beginnt schon mit dem ersten Tag des Aufenthaltes des Kindes (Smith, Young, Pursley, McCormick, & Zupancic, 2009). Evaluierte Entlassungsmanagements für Eltern von frühgeborenen Kindern sind jedoch bisher noch nicht etabliert (Reichert & Rüdiger, 2012). Elemente, die Eltern in diesem Prozess helfen, sind das Erlangen von Sicherheit in der Babypflege, Reanimationstraining, die Vorbereitung des Zuhauses auf die Entlassung und Informationen über normales und nicht normales Verhalten des Kindes (Smith, Hwang, Dukhovny, Young, & Pursley, 2013). In einer qualitativen Studie von Burnham (2013) mit 20 Eltern zeigte sich, dass den Eltern besonders die praktischen Erfahrungen im Umgang mit dem Kind geholfen haben, sich bereit für die Entlassung zu fühlen. Ein Rooming-in hat somit durch den vermehrten Umgang mit dem Kind das Potential zur effektiven Vorbereitung auf die Entlassung.

In der vorliegenden Studie zeigte sich eine gute Vorbereitung auf die Entlassung im Kontext Rooming-in in den sehr positiven Beantwortungen der Fragen „Ich fühle mich ausreichend vorbereitet auf die Entlassung“, „Ich fühle mich ausreichend eingewiesen in die Pflege meines Kindes“, „Ich fühle mich sicher für mein Kind zu sorgen“. In den Antworten auf die Frage: „Was hat Ihnen während des Aufenthaltes geholfen?“ zeigte sich, dass die Mütter das ständige Zusammensein mit ihrem Kind als wichtigsten Faktor nennen, was ein starkes positives Zeichen für ein Rooming-in ist. Des Weiteren hat den Müttern eine erhöhte Feinfühligkeit („das ich besser lernen konnte, die Signale meines Kindes zu verstehen“), die Verantwortungsübernahme als Mutter („als Mutter die Verantwortung für mein Kind übernehmen zu können“), das Erlangen von Sicherheit im Umgang mit dem Kind („durch die Zeit auf der Nachsorgestation Sicherheit im Umgang mit meinem Kind erlangt zu haben“), sowie die emotionale Unterstützung („dass ich die Angst verloren habe, mein Kind nicht ausreichend betreuen zu können“) bei der Vorbereitung auf die Entlassung geholfen. Diese sehr gute Vorbereitung auf die Entlassung durch ein Rooming-in stimmt mit den Ergebnissen in der Literatur überein. Studien zeigen, dass

ein Rooming-in von drei bis vier Tagen half, eine Vorstellung von der Situation zu Hause zu bekommen (Broedsgaard & Wagner, 2005). So hatten die Mütter die Möglichkeit, die volle Verantwortung für das Kind zu übernehmen mit dem Wissen, dass sie sich bei Problemen an die Schwestern wenden können. Das Rooming-in half ihnen im Lernprozess bezüglich der Versorgung des Kindes sowie im Kennenlernen des kindlichen Verhaltens. Die alleinige Versorgung des Kindes bestätigt die Mutter darin, bereit zu sein für die Entlassung (Costello & Chapman, 1998). Dass ein Rooming-in anhand einer verkürzten Aufenthaltsdauer des Kindes zu einem verbesserten Entlassungsmanagement führen kann, zeigt die Studie von Ortenstrand et al. (2010), in der sich bei einem Rooming-in und familienzentrierter Pflege die Aufenthaltsdauer um 5,3 Tage im Vergleich zur Standardpflege verkürzte. Auch in einer Studie in Pakistan (Bhutta, Khan, Salat, Raza, & Ara, 2004) führte ein mütterliches Rooming-in bei sehr untergewichtigen Frühgeborenen (VLBW) zu einer verkürzten Aufenthaltsdauer bei nicht erhöhter Mortalität und nicht erhöhter Anzahl von Krankenhauswiederaufnahmen. Im Kontext des Familienzimmers konnten eine niedrigere Rate an Wiederaufnahmen im Krankenhaus sowie eine geringere Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen gezeigt werden (Erdeve et al., 2008).

Mit den Fragen „In welchem Bereich haben sich Ihre Erwartungen erfüllt?“ sowie „Was nehmen Sie mit von der Zeit auf der Nachsorgestation“ zum Ende des Aufenthaltes sollte geprüft werden, ob die Erwartungen der Mütter an die Zeit auf der Nachsorgestation erfüllt wurden. Es zeigt sich, dass sich die wichtigsten Erwartungen bezüglich der Betreuung, den Tipps im Umgang und der erlangten Sicherheit erfüllt hatten. Auffällig ist das große Bedürfnis nach Gesundheit/Fortschritten des Kindes zu Beginn des Aufenthaltes, das sich weniger in den Antworten der Mütter am Ende des Aufenthaltes widerspiegelt. Dass die Mütter unzufrieden mit den gesundheitlichen Fortschritten ihrer Kinder waren, ist nicht anzunehmen, da alle Kinder in einem stabilen Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden konnten.

6.7 Das Rooming-in und die Förderung des mütterlichen Bondings durch Stillen

Ein weiteres bindungsförderndes Element ist das Stillen der Mütter. Die jetzige Datelage zeigt eine deutliche Förderung des Stillens im Rahmen eines Rooming-ins. In dieser Studie stillten insgesamt 72,6% der Mütter ihre Kinder bei Entlassung (32,4% vollstillend/ 38,2 % teilweise stillend/ 29,4% nicht stillend). Eine Studie zu Stillraten in Deutschland zeigt, dass rund 69% der Frühgeborenen jemals gestillt wurden (Lippe, Brettschneider, Gutsche, & Poethko-Müller, 2014), was eine vergleichbare Anzahl ist. Studien zeigen,

dass es zu einer erhöhten Stillrate bei einem Rooming-in/Familienzimmer kommen kann (Jones et al., 2016; Wataker et al., 2012). Jedoch gibt es auch im Kontext Rooming-in/Familienzimmer große Unterschiede: In der Studie von Wataker et al. (2012) in Norwegen stillten zur Entlassung 68% der Mütter ihr Kind voll, in der Studie von Jones et al. (2016) in Australien stillten bei Entlassung 33% der Mütter ihre Kinder voll. Dies verdeutlicht, dass ein Vergleich von Stillraten schwierig ist, da diese stark abhängig von einzelnen Krankenhäusern, vom Gestationsalter und von den Ländern sind (Bonet et al., 2011). Dass die Stillrate in dieser Studie nicht auffällig erhöht ausfällt, liegt ggf. an der weniger intensiven Förderung des Stillens durch das Personal. So gehört das Stillen (vier Nennungen) zu einer unerfüllten Erwartung der Mütter, mit den Aussagen, dass es „wenig Zeit für Stillversuche“ gab oder dass „eine Stillberaterin fehlte“. Als ein weiterer Grund kann eine geringe Priorität zu Stillen bei den Müttern in Betracht gezogen werden. Zu Stillen gehört in der vorliegenden Studie zwar zu den Erwartungen der Mütter an den Aufenthalt und den Gründen für ein Rooming-in, jedoch steht das Bedürfnis nach Sicherheit im Vordergrund. Auch zur Entlassung zeigte sich eine niedrige Priorität zu Stillen bei den Müttern.

6.8 Limitationen der Studie

Folgend sollen die Limitationen der Studie diskutiert werden. Zuerst soll auf das gewählte Studiendesign eingegangen werden, danach wird die Methode und die Stichprobe kritisch beleuchtet.

6.8.1 Studiendesign

Das gewählte Studiendesign einer Längsschnittstudie mit Müttern, die ein Rooming-in wahrgenommen haben ohne eine Kontrollgruppe von Müttern, die kein Rooming-in wahrgenommen haben, führt dazu, dass Veränderungen wie z.B. die Zunahme der Selbstwirksamkeit nicht direkt auf das Rooming-in zurückgeführt werden können und somit nur eingeschränkt interpretierbar sind. Ein Vergleich mit Müttern, die an keinem Rooming-in teilgenommen haben, hätte die Limitation überwunden und wäre interessant gewesen, war aber im Rahmen dieser Studie nicht durchführbar. Eine Randomisierung der Mütter konnte aus ethischen Gründen nicht durchgeführt werden, da es nicht vertretbar ist, dem Wunsch der Mutter nach Nähe zum Kind nicht nachzukommen. In einer vorhergehenden Pilotierung zeigte sich durch die hohe Inanspruchnahme des Rooming-ins von 86% sowie die schlechte Erreichbarkeit der Mütter, die nicht an einem Rooming-

in teilnahmen keine Möglichkeit der Rekrutierung einer Kontrollgruppe. Aus diesem Grund wurden deskriptive Daten von Müttern, die an einem Rooming-in teilnahmen sowie von Müttern, die an keinem Rooming-in teilnahmen verglichen (siehe deskriptive Ergebnisse), um mögliche Unterschiede festzustellen. Jedoch können die Ergebnisse, die aus dem Vergleich zwischen Müttern, die an einem Rooming-in teilgenommen haben und Müttern, die nicht an einem Rooming-in teilgenommen haben nur einen ersten Anhaltspunkt geben, da die Gruppengrößen stark differierten.

Eine weitere Limitation der Studie ist, dass sie von der Autorin selbst durchgeführt wurde und die Daten größtenteils von ihr erhoben wurden. Dies könnte zu einer Beeinflussung der Mütter und zu sozial erwünschten Antworten geführt haben. Die Autorin arbeitete zwei Wochen auf der neonatologischen Nachsorgestation als PJ-Studentin während die Studie lief, ansonsten stellte sie jedoch eine externe Person dar und die Trennung von Daten und Behandlung war somit gesichert.

Des Weiteren lag zwischen den Zeitpunkten der Entlassung und dem Nachsorgetermin eine sehr variable Zeitspanne von 27-184 Tagen ($M=87,86$, $SD=29,6$). Für die Befragung wurde der Nachsorgetermin genutzt und dieser variierte in Abhängigkeit des klinischen Bildes des Kindes. Deshalb sind in diesem Zeitraum sehr unterschiedliche Situationen der Mütter und Kinder zusammengefasst wie z.B. unterschiedliche gesundheitliche Situationen des Kindes oder familiäre Situationen. Auf Grund der geringen Teilnehmeranzahl (36 Mütter) wurde die Gruppe jedoch nicht für weitere Analysen aufgeteilt.

6.8.2 Methoden

Auch die verwendeten Instrumente können zu Einschränkungen der Studie geführt haben. Ein Diskussionspunkt ist das Erfassen des mütterlichen Bondings über einen Selbstauskunftsfragebogen. Zum einen ist das mütterliche Bonding ein sehr komplexes Konstrukt, was es schwierig macht, es über einen Fragebogen zu erfassen. Zum anderen birgt ein Selbstauskunftsfragebogen die große Gefahr der sozialen Erwünschtheit. Mütter, die Probleme im Bonding mit ihrem Kind erleben, würden diese ggf. sich selbst oder der Gesellschaft gegenüber nicht zugeben. Hoffenkamp (2015) erörtert, dass die Ergebnisse des Postpartum Bonding Questionnaires ggf. nicht nur die Stärke der Bindung der Mutter zum Kind widerspiegeln, sondern auch andere Konstrukte wie das elterliche emotionale Arousal, die Intrusivität des Kindes in das tägliche Leben der Eltern oder sogar das Leiden der Eltern von Frühgeborenen. Die Erfassung des mütterlichen Bondings durch eine beobachtende Methode (z.B. Beobachten von affektivem Verhalten) wäre deshalb erstrebenswert, war jedoch in diesem Kontext nicht durchführbar.

Mit dem Fragebogen zur mütterlichen Selbstwirksamkeit wurde ein nicht auf deutscher Sprache validierter Fragebogen verwendet und durch das Reduzieren von 20 auf 18 Fragen leicht modifiziert. Aus diesem Grund wurde Chronbach's α für diesen Fragebogen errechnet, das mit .92 (T2) und .96 (T1) für eine sehr gute Reliabilität spricht. Der Fragebogen wurde gewählt, da er speziell für Eltern von hospitalisierten Frühgeborenen entwickelt wurde und nicht die allgemeine Selbstwirksamkeit der Mütter, sondern die spezifische elterliche Selbstwirksamkeit erfasst. Ein vergleichbarer Fragebogen war in deutscher Sprache nicht vorhanden. Auch der Fragebogen bezüglich des mütterlichen Selbstvertrauens ist ein noch nicht auf deutscher Sprache validierter Fragebogen, der mangels deutschsprachiger Instrumente verwendet wurde. Bisher gibt es nur wenige Untersuchungen mit diesem Instrument.

Des Weiteren wurde zur Erfassung der psychischen Belastung ein Screening-Fragebogen verwendet, der den Vorteil einer geringen Bearbeitungsdauer, jedoch den Nachteil einer eingeschränkten Spezifität und Sensitivität hat. So kann das Ausmaß der psychischen Belastung nur eingeschränkt interpretiert werden. Insgesamt zeigt der Fragebogen eine gute interne Reliabilität. Jedoch ist die Reliabilität der Subskala Depression schwach ($\alpha=.54$) und zeigt damit eine Schwäche der Aussagekraft dieser Subskala. Für die Hypothesentestung wurde deshalb die Gesamtskala mit guter Reliabilität verwendet. Des Weiteren kann es auch bei den Müttern in der akuten Stresssituation während des Krankenhausaufenthaltes zu einer geringeren Reflexion der eigenen Gefühle kommen und somit zu einer geringeren Angabe von Belastungssymptomen. Da das Instrument nicht zur Diagnosefindung verwendet wurde, sondern den Verlauf darstellen sollte, ist die Verwendung eines dimensional Instruments vertretbar, da es Veränderungen besser abbildet als Diagnosen. Der DASS-P ist in seiner Verwendung jedoch weit verbreitet und wurde auch in anderen Studien zu diesem Bereich verwendet.

6.8.3 Stichprobe

Im Folgenden sollen Charakteristika der Stichprobe sowie die Repräsentativität der Stichprobe diskutiert werden. Im Vergleich zur bisherigen Studienlage stellt die Studie mit einer Teilnehmerzahl von 51 Müttern eine mittlere Teilnehmergröße dar. Viele der genannten Studien im Kontext Rooming-in/Familienzimmer umfassten ähnliche oder niedrigere Teilnehmerzahlen (Beck et al., 2009; Jones et al., 2016; Pineda et al., 2012), nur wenige Studien umfassten Teilnehmerzahlen über 50 (Lester et al., 2014). Die auswertbare, verringerte Teilnehmerquote (60,4% der Mütter, die an einem Rooming-in teil-

nahmen) kann die Repräsentativität der Studie beeinflussen. Auch ist bei Längsschnittstudien mit mehreren Untersuchungszeitpunkten der/die Untersucher/in auf die Motivation der Teilnehmer/innen angewiesen, wiederholt die Fragebögen auszufüllen. Da die Fragebögen zu ganz bestimmten Zeitpunkten ausgefüllt werden sollten (Beginn des Aufenthaltes \pm 3 Tage, Ende des Aufenthaltes \pm 3 Tage) konnten nur die Mütter eingeschlossen werden, die gut mitarbeiteten und diese Vorgaben erfüllten. Somit kam es zum Verlust von Teilnehmerinnen (24% der Mütter), die ggf. durch eine hohe emotionale Belastung oder geringere Motivation nicht rechtzeitig den Fragebogen ausgefüllt haben. Auch zeigt sich, dass viele Mütter mit höheren Bildungsabschlüssen an der Studie teilgenommen haben (57% der Mütter hatten ein Abitur oder Hochschulabschluss, 39% der Mütter hatten einen Realschulabschluss). Dass die Bildungsabschlüsse höher sind als der Durchschnitt, zeigt eine Gegenüberstellung mit der Mikrozensususerhebung im Jahr 2015 in Leipzig, bei der nur 35% der Befragten einen Fachhochschul/Hochschulabschluss besaßen (Stadt Leipzig, Amt für Statistik und Wahlen). Zudem hatten nur wenige Mütter einen Migrationshintergrund, was vor allem auf die Einschlusskriterien der ausreichenden Sprachkenntnisse zurückzuführen ist. Die teilnehmenden Mütter der Studie zeigten zum Teil schwerwiegende Schwangerschaftskomplikationen (z.B. vaginale Blutungen, Präeklampsie, HELLP-Syndrom). Es wurden nur Mütter und keine Väter in die Studie eingeschlossen, da nur sie an einem Rooming-in teilnahmen. Dies führt zu einer Vernachlässigung der Rolle der Väter. Derzeit ist die Rolle der Väter von Frühgeborenen in der neonatologischen Forschung ein wichtiges Thema. Da ein Rooming-in aus räumlichen Kapazitätsgründen im Klinikum St. Georg nur für einen Elternteil, bei Zwillingen ggf. für beide Eltern vorgesehen ist, kommt es zu einem fast ausschließlichen Rooming-in der Mütter. Eine Weiterentwicklung stellen Familienzimmer dar, in denen auch den Vätern die volle Möglichkeit der Teilhabe gegeben ist. Bezüglich der frühgeborenen Kinder der teilnehmenden Mütter waren diese v.a. späte Frühgeborene ≥ 32 SSW (78,4%). Dies spiegelt die Häufigkeit des Auftretens von späten Frühgeborenen wieder (Aqua-Institut, 2015) und ist somit repräsentativ. Die Kinder der Mütter besaßen eine große Spannweite an frühgeborenentypischen Komplikationen (z.B. Trinkschwäche, Störung der Temperatur, Infektionen).

Insgesamt umfasst die Studie eine mittlere Stichprobengröße. Durch ihre verringerte Teilnehmerrate, einem geringen Anteil an Müttern mit Migrationshintergrund und geringem Bildungsstatus wird die vorliegende Studie in ihrer Repräsentativität eingeschränkt.

6.9 Fazit und Ausblick

Zusammenfassend zeigte sich in der vorliegenden Längsschnittstudie während eines mütterlichen Rooming-ins bei frühgeborenen Kindern eine überwiegend positive Entwicklung: Es kommt zu einer Zunahme der mütterlichen Selbstwirksamkeit und des Selbstvertrauens, einer Abnahme von Bondingproblemen und einer Abnahme der psychischen Belastung der Mütter. Die Mütter fühlten sich sehr gut vorbereitet auf die Entlassung und schätzten die Zeit mit ihrem Kind während des Aufenthaltes als einen besonders hilfreichen Aspekt für sie ein. Da die Forschungslage zu Familienzimmer/Rooming-in bei frühgeborenen Kindern noch recht gering ist konnte diese Studie einen wichtigen Beitrag zur Thematik erbringen. Die mütterliche Entwicklung ohne ein Rooming-in konnte durch die Teilnahme von 86% der Mütter an einem Rooming-in nicht untersucht werden. Diese starke Nachfrage des Rooming-in zeigt besonders deutlich, dass es sich um ein großes Bedürfnis der Mütter handelt, bei ihrem Kind zu bleiben. Trotzdem wäre es wichtig in Zukunft weitere Studien mit ausreichend großen Vergleichsgruppen durchzuführen, die die Effekte des Rooming-ins auf die Mütter, jedoch auch auf die Väter und die Entwicklung des Kindes langfristig untersuchen. Da eine Randomisierung der Teilnehmer aus ethischen Gründen nicht umsetzbar ist, könnten in nachfolgenden Studien Stationen unterschiedlicher Krankenhäuser mit/ohne Rooming-in-Einheiten verglichen werden, wenn dabei viele Aspekte der Stationen vergleichbar sind. Eine weitere Möglichkeit wäre, Studien in Krankenhäusern in einer Transitionsphase zwischen Standardpflege und Rooming-in durchzuführen.

Auch die Untersuchung weiterer Aspekte, die in der vorliegenden Studie nicht analysiert werden konnten, wäre wünschenswert. So wäre es von Nutzen, weitere Gründe für die Ablehnung eines Rooming-in zu identifizieren, um Eltern, die bei ihrem Kind bleiben wollen, aufgrund ihrer Situation jedoch nicht können, besser unterstützen zu können. So wäre z.B. eine erweiterte berufliche Freistellung des Partners zur Unterstützung der Familie und der Versorgung von älteren Kindern sinnvoll. Des Weiteren wäre es wichtig, Mütter/Väter mit niedrigerem Bildungsniveau für das Rooming-in zu motivieren. Wichtig ist die Einbeziehung der Väter und die Stärkung der Familie, die durch ein Familienzimmer besser gelingt. Die alleinige Aufnahme der Mütter und somit die Konzentration auf die mütterliche Entwicklung zeigt ein einseitiges Bild der Familie und ist nicht mehr zeitgemäß. Bisherige Studien haben gezeigt, dass Familienzimmer positiver von den Eltern aufgenommen wurden als ein Rooming-in in Mehrbettzimmern, da sie mehr Privatsphäre für die Familie ermöglichen und einen Rückzugsort für die Eltern darstellten (Beck et al.,

2009). Deshalb sollten diese bei der Neugestaltung von neonatologischen Stationen favorisiert werden. Ein weiterer wichtiger Forschungsgegenstand der Zukunft ist der Zeitpunkt des Beginns eines Rooming-ins. Es ist zu diskutieren, ob Mütter von Kindern in einem instabilen Gesundheitszustand ein Rooming-in durchführen sollten/dürfen. Der Bundesverband "Das frühgeborene Kind e.V." (2017) schlägt in seiner aktuellen Initiative „Neo(t)räume“, eine Zwischenlösung vor. Für die direkte Zeit postpartal wird eine „Mutter-Kind-Einheit“ vorgestellt, die in dieser Form im Karolinska Klinikum in Stockholm existiert. Sie besteht aus verbundenen, jedoch separaten Zimmern für Mutter und Kind und ermöglicht die räumliche Nähe von Mutter und Kind sowie die ungestörte Behandlung der Mutter z.B. nach einer Kaiserschnittentbindung.

Die vorliegende Studie konzentriert sich auf die Auswirkungen des Rooming-ins auf die Mutter und somit nur indirekt auf die Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes. Den direkten Zusammenhang darzustellen, ist eine der wichtigsten zukünftigen Forschungsaufgaben. Erste Studien z.B. von Lester (2016) ergaben, dass die erhöhte mütterliche Beteiligung in den Familienzimmern als Mediator für eine verbesserte neurologische Entwicklung des frühgeborenen Kindes fungiert (Lester et al., 2016).

Zusammenfassend ist die wichtigste Aufgabe des Rooming-ins die Förderung der Eltern-Kind-Bindung im stationären Kontext zur Verbesserung der langfristigen Entwicklung der frühgeborenen Kinder. Das internationale Forschungsnetzwerk SCENE beschäftigt sich seit dem Jahr 2010 mit dem Thema der Förderung emotionaler und physischer Nähe zwischen Eltern und ihren frühgeborenen Kindern (Flacking et al., 2012). Die Forschungsgruppe zählt zu den bindungsfördernden Elementen die räumliche Situation auf neonatologischen Stationen, wie z.B. die Familienzimmer, Rooming-in Möglichkeiten, Stillzimmer oder Ruhesessel, auf die in der vorliegenden Studie eingegangen wurde. Ein weiteres wichtiges Element ist jedoch auch die Umsetzung einer nähefördernden Umgangskultur mit den Eltern auf neonatologischen Stationen. Gerade das Zusammenspiel dieser Elemente ist die Herausforderung und Aufgabe der heutigen und zukünftigen Neonatologien im Rahmen einer familienzentrierten Pflege.



Abb. 11: Rooming-in auf der Nachsorgestation im Klinikum St. Georg, Leipzig ¹

¹ Bereitgestellte Aufnahme im Einverständnis der Mutter

7 Zusammenfassung

Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Dr. med.

Mütterliches Rooming-in bei frühgeborenen Kindern - Entwicklung des mütterlichen Bondings, der Selbstwirksamkeit, des Selbstvertrauens und der psychischen Belastung

eingereicht von:	Dorothea Maria Faßlrunner
angefertigt im:	Klinikum St. Georg, Neonatologie, Leipzig
betreut von:	Prof. Dr. med. Eva Robel-Tillig Prof. Dr. Kai von Klitzing und Dr. Annette Klein

Monat und Jahr (der Einreichung): Dezember 2018

Eltern von frühgeborenen Kindern erfahren eine starke emotionale Belastung durch die frühzeitige Geburt ihres Kindes. Vor allem die Unfähigkeit, ihre Elternrolle nicht ausüben zu können sowie eine Trennung vom Kind gehören zu den größten Stressoren für die Eltern. Im Rahmen eines Paradigmenwandels in der Neonatologie erfolgte eine Sensibilisierung für die Wichtigkeit der Einbeziehung der Familie in die Versorgung des frühgeborenen Kindes. Der Bedeutung der Eltern-Kind-Beziehung wird eine zentrale Rolle für die weitere Entwicklung der frühgeborenen Kinder zugemessen. Im Rahmen einer familienzentrierten Pflege sollen die Eltern von frühgeborenen Kindern schon während des stationären Aufenthaltes optimal im Bindungsaufbau zu ihrem Kind unterstützt werden. Es wird angenommen, dass die räumliche Gestaltung und der Aufbau der neonatologischen Stationen Einfluss auf die Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung haben. Ein Rooming-in, eine gemeinsame Unterbringung von Mutter/Vater und Kind in einem Zimmer im Krankenhaus, wird dabei als unterstützender Faktor angesehen. Aus Kapazitätsgründen bieten jedoch bisher nur wenige Krankenhäuser in Deutschland Rooming-in Einheiten für eine längere stationäre Mitaufnahme der Mutter/des Vaters an. Die Auswirkungen eines Rooming-ins auf die Eltern von frühgeborenen Kindern sind derzeit ein wichtiger Forschungsgegenstand wobei die Studienlage noch recht gering ist. Das Ziel der vorliegenden Längsschnittstudie bestand darin, zu untersuchen, wie sich

bei Müttern von frühgeborenen Kindern während eines Rooming-ins das mütterliche Bonding, ihre Selbstwirksamkeit und ihr Selbstvertrauen sowie die psychische Belastung entwickeln. In den Hypothesen wurde angenommen, dass Mütter von Frühgeborenen, die ein Rooming-in wahrgenommen haben, am Ende des Aufenthaltes auf der Nachsorgestation weniger Anzeichen eines gestörten mütterlichen Bondings zeigen, eine höhere Selbstwirksamkeit und ein höheres mütterliches Selbstvertrauen haben und eine geringere psychische Belastung zeigen als zu Beginn des Aufenthaltes. Zusätzlich war die Entwicklung der genannten Aspekte nach der Entlassung zum ersten Nachsorgetermin Gegenstand der Untersuchung. Ergänzend wurden explorativ weitere Aspekte des Rooming-ins wie die Gründe der Mütter für ein Rooming-in, ihre Erwartungen sowie ihre Vorbereitung auf die Entlassung erhoben.

Die Befragung fand im Zeitraum Mai 2015 bis September 2016 auf der Nachsorgestation des Klinikums St. Georg in Leipzig statt, das überwiegend Rooming-in Einheiten zur Verfügung stellt. An der Studie nahmen 51 Mütter von frühgeborenen Kindern (mittleres Gestationsalter 32 Schwangerschaftswochen) teil, die ein durchschnittliches Rooming-in von 14,5 Tagen wahrnahmen. Die Befragung erfolgte zu Beginn und Ende eines Rooming-ins ≥ 6 Tagen sowie zur ersten Nachsorgeuntersuchung der Kinder nach Entlassung nach Hause. Als Instrumente dienten standardisierte Fragebögen wie der Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ), der Perceived Maternal Parenting self-efficacy Fragebogen (PMP-SE), die Lips Maternal self-confidence scale (LMSCS) und die Depression-Angst-Stress-Skala für die Peripartalzeit (DASS-P). Ergänzend wurden für die explorativen Fragestellungen offene Fragen sowie Fragen mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten formuliert.

In Übereinstimmung mit den Hypothesen zeigten sich folgende Ergebnisse: Während eines Rooming-ins kam es zu einer Abnahme mütterlicher Bondingprobleme, zu einer deutlichen Zunahme der mütterlichen Selbstwirksamkeit und des Selbstvertrauens und zu einer Abnahme der psychischen Belastung. In der Follow-up Befragung zum Nachsorgetermin zeigte sich eine weitere Zunahme der mütterlichen Selbstwirksamkeit und Abnahme der psychischen Belastung. Jedoch kam es zu keiner signifikanten Zunahme an mütterlichem Selbstvertrauen und die Mütter zeigten eine Zunahme an Bondingproblemen. Kernergebnisse der explorativen Fragestellung sind, dass die größte Motivation der Mütter für ein Rooming-in die zusätzliche Zeit ist, die mit dem Kind verbracht werden kann. Weitere Gründe für ein Rooming-in sind, dass die Mütter auch nachts für ihr Kind da sein möchten und mehr Verantwortung für ihr Kind übernehmen möchten. Gründe, nicht an einem Rooming-in teilzunehmen sind die Betreuung anderer Kinder zu Hause, ein langer stationärer Aufenthalt auf der Wochenbettstation vor Geburt des Kindes sowie

ein geringer Anfahrtsweg zum Krankenhaus. Die Mütter erwarten von ihrem Aufenthalt eine baldige Gesundheit des Kindes, eine optimale Betreuung, Tipps im Umgang mit dem Kind und das Erlangen von Sicherheit. Besonders das ständige Zusammensein mit dem Kind hat den Müttern während des Aufenthaltes geholfen. Die Mütter fühlten sich sehr gut vorbereitet auf die Entlassung.

Zusammenfassend zeigte sich, dass die Unterstützung von Müttern von Frühgeborenen sowie die adäquate Vorbereitung auf die Entlassung im Rahmen eines Rooming-ins besonders in Bezug auf die mütterliche Selbstwirksamkeit und das mütterliche Selbstvertrauen gelingt. Es wird angenommen, dass dies mit der erhöhten mütterlichen Beteiligung an der Versorgung des Kindes während des Rooming-ins zusammenhängt. Eine Kontrollgruppe konnte durch die hohe Inanspruchnahme des Rooming-ins (85% der Mütter) nicht gewonnen werden, was die Aussagekraft der Studie limitiert. Insgesamt umfasst die Studie eine ausreichende Stichprobengröße (N=51), die vergleichbar ist mit ähnlichen Studien. Durch die Drop-out-Rate während des Erhebungsprozesses, einem geringen Anteil an Müttern mit Migrationshintergrund und geringem Bildungsstatus wird die vorliegende Studie in ihrer Repräsentativität eingeschränkt. Bei der Verwendung von Selbstauskunftsfragebögen, besonders bezüglich des mütterlichen Bondings, kann es zu sozial erwünschten Antworten gekommen sein.

Zukünftige Studien mit ausreichend großen Vergleichsgruppen wären wichtig, um die vorliegenden Ergebnisse weiter zu bestätigen. Des Weiteren wäre es von Nutzen, zusätzliche Gründe für die Ablehnung eines Rooming-in zu identifizieren, um Eltern, die bei ihrem Kind bleiben wollen, aufgrund ihrer Situation jedoch nicht können, besser unterstützen zu können. Besonders die Auswirkung der elterlichen Beteiligung im Rahmen eines Rooming-ins auf die langfristige Entwicklung des Kindes ist ein wichtiger Forschungsgegenstand. Auch sollte die Forschung zukünftig vermehrt die Väter einschließen, deren Rolle im stationären Kontext weiter zu stärken ist.

8 Literaturverzeichnis

- Aagaard, H., & Hall, E. (2008). Mothers' experiences of having a preterm infant in the neonatal care unit: a meta-synthesis. *Journal of Pediatric Nursing*, 23(3), 36. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2007.02.003>
- Adam, B. (1990). Rooming-in care of low birth weight infants [Kissulyu ujszulottek apolasa rooming-in rendszerben]. *Orvosi Hetilap*, 131(20), 1063–1065.
- Affonso, D. D., Hurst, I., Mayberry, L. J., Haller, L., Yost, K., & Lynch, M. E. (1992). Stressors reported by mothers of hospitalized premature infants. *Neonatal Network*, 11(6), 63.
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M., & Stayton, D. F. (1974). Infant-mother attachment and social development: Socialization as a product of reciprocal responsiveness to signals.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. *Hillsdale, NJ: Earlbaum*.
- Aliabadi, F., Borimnejad, L., Kamali, M., Rassafiani, M., & Nazi, S. (2013). Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy (PMP SE) tool: Translation and Face validation with Iranian mothers of hospitalized preterm neonates. *Iranian Rehabilitation Journal*, 11, 7–10.
- Allen, E. C., Manuel, J. C., Legault, C., Naughton, M. J., Pivor, C., & O'Shea, T. M. (2004). Perception of Child Vulnerability Among Mothers of Former Premature Infants. *Pediatrics*, 113(2), 267–273. <https://doi.org/10.1542/peds.113.2.267>
- Allen, M. C. (2008). Neurodevelopmental outcomes of preterm infants. *Current Opinion in Neurology*, 21(2), 123–128. <https://doi.org/10.1097/WCO.0b013e3282f88bb4>
- Allen, M. C., Cristofalo, E. A., & Kim, C. (2011). Outcomes of preterm infants: morbidity replaces mortality. *Clinics in Perinatology*, 38(3), 441–454. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2011.06.011>
- Althabe, F., Howson, C. P., Kinney, M., & Lawn, J. (2012). *Born too soon: The global action report on preterm birth*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Aqua-Institut. (2011). *Bundesauswertung Geburtshilfe zum Erfassungsjahr 2010*. Göttingen: AQUA. Retrieved from <https://sqg.de>
- Aqua-Institut. (2015). *Bundesauswertung Geburtshilfe zum Erfassungsjahr 2014*. Göttingen: AQUA. Retrieved from <https://sqg.de>
- Ärzteblatt. (2017). Charité etabliert Rooming-in für Eltern von Frühgeborenen. Retrieved from <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/73608/Charite-etabliert-Rooming-In-fuer-Eltern-von-Fruehgeborenen>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*: Macmillan.
- Barnes, C. R., & Adamson-Macedo, E. N. (2007). Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy (PMP S-E) tool: development and validation with mothers of hospitalized preterm neonates. *Journal of Advanced Nursing*, 60(5), 550–560. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04445.x>
- Beck, S. A., Weis, J., Greisen, G., Andersen, M., & Zoffmann, V. (2009). Room for family-centered care—a qualitative evaluation of a neonatal intensive care unit remodeling project. *Journal of Neonatal Nursing*, 15(3), 88–99.
- Beckwith, L., & Cohen, S. E. (1978). Preterm birth: Hazardous obstetrical and postnatal events as related to caregiver-infant behavior. *Infant Behavior and Development*, 1, 403–411. [https://doi.org/10.1016/S0163-6383\(78\)80051-4](https://doi.org/10.1016/S0163-6383(78)80051-4)

- Bengel, J., Meinders-Lücking, F., & Rottmann, N. (2009). *Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen: Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit* (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung). Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, BZgA, 35.
- Bennett, R., & Sheridan, C. (2005). Mothers' perceptions of "rooming-in" on a neonatal intensive care unit. *Infant, 1*(5), 171–174.
- Bernstein, H. H., Spino, C., Lalama, C. M., Finch, S. A., Wasserman, R. C., & McCormick, M. C. (2013). Unreadiness for postpartum discharge following healthy term pregnancy: impact on health care use and outcomes. *Academic Pediatrics, 13*(1), 27–39. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2012.08.005>
- Bhutta, Z. A., Khan, I., Salat, S., Raza, F., & Ara, H. (2004). Reducing length of stay in hospital for very low birthweight infants by involving mothers in a stepdown unit: an experience from Karachi (Pakistan). *The BMJ (Clinical Research Ed.), 329*(7475), 1151–1155. <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7475.1151>
- Bialoskurski, M. M., Cox, C. L., & Wiggins, R. D. (2002). The relationship between maternal needs and priorities in a neonatal intensive care environment. *Journal of Advanced Nursing, 37*(1), 62–69. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02057.x>
- Bicking Kinsey, C., & Hupcey, J. E. (2013). State of the science of maternal-infant bonding: a principle-based concept analysis. *Midwifery, 29*(12), 1314–1320. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.12.019>.
- Bonet, M., Blondel, B., Agostino, R., Combier, E., Maier, R. F., Cuttini, M., . . . Zeitlin, J. (2011). Variations in breastfeeding rates for very preterm infants between regions and neonatal units in Europe: results from the MOSAIC cohort. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition, 96*(6), F450-2. <https://doi.org/10.1136/adc.2009.179564>
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human und Sozialwissenschaftler, 4. überarb. Aufl.*: Heidelberg: Springer.
- Boston Children's Hospital. (2018). Expansions and Renewal: Hale Family Clinical Building. Retrieved from www.childrenshospital.org/about-us/expansion-and-renewal/hale-family-clinical-building
- Boykova, M., & Kenner, C. (2012). Transition from hospital to home for parents of preterm infants. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 26*(1), 81. <https://doi.org/10.1097/JPN.0b013e318243e948>
- Brockington, I. F. (1996). *Motherhood and mental health*. New York: Oxford University Press.
- Brockington, I. F., Oates, J., George, S., Turner, D., Vostanis, P., Sullivan, M., . . . Murdoch, C. (2001). A screening questionnaire for mother-infant bonding disorders. *Archives of Women's Mental Health, 3*(4), 133–140.
- Broedsgaard, A., & Wagner, L. (2005). How to facilitate parents and their premature infant for the transition home. *International Nursing Review, 52*(3), 196–203. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2005.00414.x>
- Burnham, N., Feeley, N., & Sherrard, K. (2013). Parents' perceptions regarding readiness for their infant's discharge from the NICU. *Neonatal Network, 32*(5), 324–334. <https://doi.org/10.1891/0730-0832.32.5.324>
- Carlitscheck, J. (2013). *Familienzentrierte Betreuung in der Neonatologie - Situationsanalyse und Zukunftsperspektiven*.
- Carter, B. S., Carter, A., & Bennett, S. (2008). Families' views upon experiencing change in the neonatal intensive care unit environment: from the 'baby barn' to the private room. *Journal*

- of Perinatology : Official Journal of the California Perinatal Association*, 28(12), 827–829. <https://doi.org/10.1038/jp.2008.102>
- Carter, J. D., Mulder, R. T., Frampton, C. M. A., & Darlow, B. A. (2007). Infants admitted to a neonatal intensive care unit: parental psychological status at 9 months. *Acta Paediatrica*, 96(9), 1286–1289. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00425.x>
- Carter, J. D., Mulder, R. T., Frampton, Christopher M A, & Darlow, B. A. (2007). Infants admitted to a neonatal intensive care unit: parental psychological status at 9 months. *Acta Paediatrica*, 96(9), 1286–1289. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00425.x>
- Cleveland, L. M. (2008). Parenting in the neonatal intensive care unit. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37(6), 666–691.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155.
- Conde-Agudelo, A., & Díaz-Rossello, J. L. (2016). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002771.pub4>
- Costello, A., & Chapman, J. (1998). Mothers' perceptions of the care-by-parent program prior to hospital discharge of their preterm infants. *Neonatal Network*, 17(7), 37–42.
- Crawford, J. W. (1982). Mother-Infant Interaction in Premature and Full-Term Infants. *Child Development*, 53(4), 957. <https://doi.org/10.2307/1129134>
- Czys, A. (2018). Rooming-in bei Kindern. Retrieved from www.krankenkassen.de/gesetzliche-krankenkassen/leistungen-gesetzliche-krankenkassen/geburt-kinder/rooming-in-kinder/
- Davim, Rejane Marie Barbosa, Enders, B. C., & Silva, Richardson Augusto Rosendo da. (2010). Mothers' feelings about breastfeeding their premature babies in a rooming-in facility. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 44(3), 713–718. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000300023>
- Davis, L., Edwards, H., Mohay, H., & Wollin, J. (2003). The impact of very premature birth on the psychological health of mothers. *Early Human Development*, 73(1-2), 61–70. [https://doi.org/10.1016/S0378-3782\(03\)00073-2](https://doi.org/10.1016/S0378-3782(03)00073-2)
- Davis, L., Mohay, H., & Edwards, H. (2003). Mothers' involvement in caring for their premature infants: an historical overview. *Journal of Advanced Nursing*, 42(6), 578–586.
- Dearman, L. R., Musonda, P., Roberts, F. G., Bowles, K. M., & Morris, E. P. (2012). Bonding in women with postnatal anaemia: a pilot case control study looking at postnatal bonding in women who have been diagnosed with anaemia at a University Hospital in the East of England: Archives of Gynecology and Obstetrics. *Arch Gynecol Obstet*, 285(5), 1243–1248. <https://doi.org/10.1007/s00404-011-2142-0>
- DIMDI. (2016). *ICD-10: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*. 10. Revision WHO-Ausgabe. Retrieved from <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-who/version2016/systematik/>
- Disenza, D. (2009). NICU parents' top ten worries at discharge. *Neonatal Network*, 28(3), 202–203. <https://doi.org/10.1891/0730-0832.28.3.202>
- Doering, L., Moser, D., & Dracup, K. (2000). Correlates of anxiety, hostility, depression, and psychosocial adjustment in parents of NICU infants. *Neonatal Network*, 19(5), 15–23.
- Domanico, R., Davis, D. K., Coleman, F., & Davis, B. O., Jr. (2010). Documenting the NICU design dilemma: parent and staff perceptions of open ward versus single family room units. *Journal of Perinatology*, 30(5), 343–351. <https://doi.org/10.1038/jp.2009.195>
- Edhborg, M., Matthiesen, A.-S., Lundh, W., & Widström, A.-M. (2005). Some early indicators for depressive symptoms and bonding 2 months postpartum – a study of new mothers and

- fathers: Archives of Women's Mental Health. *Archives of Women's Mental Health*, 8(4), 221–231. <https://doi.org/10.1007/s00737-005-0097-5>
- Edhborg, M., Nasreen, H.-E., & Kabir, Z. (2011). Impact of postpartum depressive and anxiety symptoms on mothers' emotional tie to their infants 2–3 months postpartum: a population-based study from rural Bangladesh: Archives of Women's Mental Health. *Archives of Women's Mental Health*, 14(4), 307–316. <https://doi.org/10.1007/s00737-011-0221-7>
- Erdeve, O., Arsan, S., Yigit, S., Armangil, D., Atasay, B., & Korkmaz, A. (2008). The impact of individual room on rehospitalization and health service utilization in preterms after discharge. *Acta Paediatrica*, 97(10), 1351–1357. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2008.00889.x>
- Erdeve, O., Arsan, S., Canpolat, F. E., Ertem, I. O., Karagol, B. S., Atasay, B., . . . Turmen, T. (2009). Does individual room implemented family-centered care contribute to mother-infant interaction in preterm deliveries necessitating neonatal intensive care unit hospitalization? *American Journal of Perinatology*, 26(2), 159–164. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1095186>
- European Association for Children in Hospital. (2016). EACH-Charta: Deutsche Übersetzung der revidierten englischen Originalfassung 2016. Retrieved from www.each-for-sick-children.org/each-charter.html
- Euro-Peristat project. (2008). *European perinatal health Report*. Retrieved from www.europeristat.com
- Feldman, R., & Eidelman, A. I. (2007). Maternal postpartum behavior and the emergence of infant-mother and infant-father synchrony in preterm and full-term infants: the role of neonatal vagal tone. *Developmental Psychobiology*, 49(3), 290–302. <https://doi.org/10.1002/dev.20220>
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*: Sage publications.
- Filipp, S.-H., & Aymanns, P. (2010). *Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen: Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Flacking, R., Thomson, G., Ekenberg, L., Löwegren, L., & Wallin, L. (2013). Influence of NICU co-care facilities and skin-to-skin contact on maternal stress in mothers of preterm infants. *Sexual and Reproductive Healthcare : Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 4(3), 107–112. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2013.06.002>
- Flacking, R., & Dykes, F. (2013). 'Being in a womb' or 'playing musical chairs': the impact of place and space on infant feeding in NICUs. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, 179. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-179>
- Flacking, R., Ewald, U., Nyqvist, K. H., & Starrin, B. (2006). Trustful bonds: a key to \"becoming a mother\" and to reciprocal breastfeeding. Stories of mothers of very preterm infants at a neonatal unit. *Social Science and Medicine*, 62(1), 70–80. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.05.026>
- Flacking, R., Lehtonen, L., Thomson, G., Axelin, A., Ahlqvist, S., Moran, V. H., . . . Dykes, F. (2012). Closeness and separation in neonatal intensive care. *Acta Paediatrica*, 101(10), 1032–1037. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2012.02787.x>
- Franck, L. S., Cox, S., Allen, A., & Winter, I. (2005). Measuring neonatal intensive care unit-related parental stress. *Journal of Advanced Nursing*, 49(6), 608–615. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03336.x>
- Gathwala, G., Singh, B., & Balhara, B. (2008). KMC facilitates mother baby attachment in low birth weight infants. *The Indian Journal of Pediatrics*, 75(1), 43–47. <https://doi.org/10.1007/s12098-008-0005-x>

- Gay, G., & Franck, L. S. (1998). Toward a standard of care for parents of infants in the neonatal intensive care unit. *Critical Care Nurse*, 18(5), 62.
- George, C., Solomon, J., Cassidy, J., & Shaver, P. R. (2008). The caregiving system: a behavioral systems approach to parenting. *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*, 2, 833–856.
- Gerrig, R. J. (2015). Psychologie (Bd. 20). *Hallbergmoos: Pearson*.
- Glidewell, J. C., & Livert, D. E. (1992). Confidence in the practice of clinical psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 23(5), 362–368. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.23.5.362>
- Gloger-Tippelt, G. (1985). Der Übergang zur Elternschaft. Eine entwicklungspsychologische Analyse. *Zeitschrift Für Entwicklungspsychologie Und Pädagogische Psychologie*, 17(1), 53–92.
- Gloger-Tippelt, G. (1988). *Schwangerschaft und erste Geburt: psychologische Veränderungen der Eltern*: Kohlhammer.
- Gloger-Tippelt, G. (2008). Hineinwachsen in die Familie. *Entwicklungspsychologie Des Säuglings-Und Kleinkindalters, Enzyklopädie Der Psychologie*, 341–372.
- Gooding, J. S., Cooper, L. G., Blaine, A. I., Franck, L. S., Howse, J. L., & Berns, S. D. (2011). Family support and family-centered care in the neonatal intensive care unit: origins, advances, impact. *Seminars in Perinatology*, 35(1), 20–28. <https://doi.org/10.1053/j.sem-peri.2010.10.004>
- Greisen, G., Mirante, N., Haumont, D., Pierrat, V., Pallás-Alonso, C. R., Warren, I., . . . Cuttini, M. (2009). Parents, siblings and grandparents in the Neonatal Intensive Care Unit. A survey of policies in eight European countries. *Acta Paediatrica*, 98(11), 1744–1750. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2009.01439.x>
- Guillaume, S., Michelin, N., Amrani, E., Benier, B., Durrmeyer, X., Lescure, S., . . . Caeymaex, L. (2013). Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: a qualitative multicenter study with 60 parents. *BMC Pediatrics*, 13, 18. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-13-18>
- Harris, D. D., Shepley, M. M., White, R. D., Kolberg, K. J. S., & Harrell, J. W. (2006). The impact of single family room design on patients and caregivers: executive summary. *Journal of Perinatology*, 26, S38-S48. <https://doi.org/10.1038/sj.jp.7211583>
- Heermann, J. A., Wilson, M. E., & Wilhelm, P. A. (2005). Mothers in the NICU: outsider to partner. *Pediatric Nursing*, 31(3), 176–181.
- Hoffenkamp, H. N., Braeken, J., Hall, Ruby A S, Tooten, A., Vingerhoets, Ad J J M, & van Bakel, Hedwig J A. (2015). Parenting in Complex Conditions: Does Preterm Birth Provide a Context for the Development of Less Optimal Parental Behavior? *Journal of Pediatric Psychology*, 40(6), 559–571. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv007>
- Hoffenkamp, H. N., Tooten, A., Hall, Ruby A S, Croon, M. A., Braeken, J., Winkel, F. W., . . . van Bakel, Hedwig J A. (2012). The impact of premature childbirth on parental bonding. *Evolutionary Psychology : an International Journal of Evolutionary Approaches to Psychology and Behavior*, 10(3), 542–561.
- Holbrook, S., Howlett, A., Hicks, M., Buddhavarapu, S., Hart, K., & Boulton, J. (2015). Parent Reports of Stressful Experiences in a Shared Room Versus a Single Family Room NICU. *Paediatrics and Child Health*, 20(5), e59-e59.
- Holditch-Davis, D., Robin Bartlett, T., Blickman, A. L., & Miles, M. S. (2003). Posttraumatic Stress Symptoms in Mothers of Premature Infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 32(2), 161–171. <https://doi.org/10.1177/0884217503252035>

- Hornstein, C., Trautmann-Villalba, P., Hohm, E., Rave, E., Wortmann-Fleischer, S., & Schwarz, M. (2006). Maternal bond and mother–child interaction in severe postpartum psychiatric disorders: Is there a link? *Archives of Women's Mental Health. Archives of Women's Mental Health*, 9(5), 279–284. <https://doi.org/10.1007/s00737-006-0148-6>
- Ikonen, R., Paavilainen, E., & Kaunonen, M. (2015). Preterm Infants' Mothers' Experiences With Milk Expression and Breastfeeding: An Integrative Review. *Advances in Neonatal Care : Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 15(6), 394–406. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000232>
- Jackson, K., Ternestedt, B.-M., & Schollin, J. (2003). From alienation to familiarity: experiences of mothers and fathers of preterm infants. *Journal of Advanced Nursing*, 43(2), 120–129. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02686.x>
- Jiang, S., Warre, R., Qiu, X., O'Brien, K., & Lee, S. K. (2014). Parents as practitioners in preterm care. *Early Human Development*, 90(11), 781–785. <https://doi.org/10.1016/j.earlhum-dev.2014.08.019>
- Jones, R., Jones, L., & Feary, A.-M. (2016). The Effects of Single-Family Rooms on Parenting Behavior and Maternal Psychological Factors. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 45(3), 359–370. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2015.12.015>
- Jones, T. L., & Prinz, R. J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical Psychology Review*, 25(3), 341–363. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.12.004>
- Kalbér, A., & Kühn, T. (2013). Entwicklungsfördernde Konzepte in der Neonatologie. In Jörg Reichert, Mario Rüdiger (Ed.), *Psychologie in der Neonatologie: Psychologisch-sozialmedizinische Versorgung von Familien Frühgeborener* (pp. 218–238). Hogrefe.
- Kersting, A., Dorsch, M., Wesselmann, U., Ludorff, K., Witthaut, J., Ohrmann, P., . . . Arolt, V. (2004). Maternal posttraumatic stress response after the birth of a very low-birth-weight infant. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(5), 473–476. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.03.011>
- Kim, E. S., & Park, Y. S. (2001). The effect of rooming-in on maternal attitude and self confidence for infant care among primiparas. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 7(3), 256–270.
- Kingston, D., Tough, S., & Whitfield, H. (2012). Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: a systematic review. *Child Psychiatry and Human Development*, 43(5), 683–714. <https://doi.org/10.1007/s10578-012-0291-4>
- Kißgen, R., Carlitscheck, J., Rapp, C., & Franke, S. (2012). Die psychosoziale Versorgung in der Neonatologie in Deutschland: Eine quantitativ-empirische Bestandsaufnahme aus ärztlicher Perspektive [Psychosocial care in institutional neonatology in Germany: a quantitative-empirical inventory from the medical professionals' perspective]. *Zeitschrift Für Geburtshilfe Und Neonatologie*, 216(6), 259–268. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1323795>
- Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (1976). *Maternal-infant bonding: The impact of early separation or loss on family development*. St.Louis: The C.V Mosby Company.
- Kolip, P., Nolting, H.-D., & Zich, K. (2014). *Faktencheck Gesundheit: Kaiserschnittgeburten: Entwicklung und regionale Verteilung*.
- Korja, R., Latva, R., & Lehtonen, L. (2012). The effects of preterm birth on mother-infant interaction and attachment during the infant's first two years. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 91(2), 164–173. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01304.x>

- Korja, R., Maunu, J., Kirjavainen, J., Savonlahti, E., Haataja, L., Lapinleimu, H., . . . Lehtonen, L. (2008). Mother–infant interaction is influenced by the amount of holding in preterm infants. *Early Human Development*, 84(4), 257–267. <https://doi.org/10.1016/j.earlhum-dev.2007.06.006>
- Laucht, M., & Schmidt, M. H. (1994). Die Auswirkungen psychosozialer Risiken für die Kindesentwicklung. In *Risikofaktoren der kindlichen Entwicklung* (pp. 143–157). Springer.
- Laucht, M., Esser, G., & Schmidt, M. H. (2000). Längsschnittforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie. *Zeitschrift Für Klinische Psychologie Und Psychotherapie*, 29(4), 246–262.
- Laucht, M., Esser, G., Schmidt, M. H., Ihle, W., Löffler, W., Stöhr, R.-M., . . . Weinelt, H. (1992). "Risikokinder": Zur Bedeutung biologischer und psychosozialer Risiken für die kindliche Entwicklung in den beiden ersten Lebensjahren. *Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie*, 41(8), 275–285.
- Lee, S. B., & Shin, H. S. (2007). Effects of Kangaroo Care on anxiety, maternal role confidence, and maternal infant attachment of mothers who delivered preterm infants. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 37(6), 949–956.
- Lester, B. M., Hawes, K., Abar, B., Sullivan, M., Miller, R., Bigsby, R., . . . Padbury, J. F. (2014). Single-family room care and neurobehavioral and medical outcomes in preterm infants. *Pediatrics*, 134(4), 754–760. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-4252>
- Lester, B. M., Salisbury, A. L., Hawes, K., Dansereau, L. M., Bigsby, R., Laptook, A., . . . Padbury, J. F. (2016). 18-Month Follow-Up of Infants Cared for in a Single-Family Room Neonatal Intensive Care Unit. *The Journal of Pediatrics*, 177, 84–89. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.06.069>
- Lindberg, B., & Öhrling, K. (2008). Experiences of having a prematurely born infant from the perspective of mothers in northern Sweden. *International Journal of Circumpolar Health*, 67(5), 461–471. <https://doi.org/10.3402/ijch.v67i5.18353>
- Lippe, E. von der, Brettschneider, A.-K., Gutsche, J., & Poethko-Müller, C. (2014). Einflussfaktoren auf Verbreitung und Dauer des Stillens in Deutschland: Ergebnisse der KiGGS-Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1) [Factors influencing the prevalence and duration of breastfeeding in Germany: results of the KiGGS study: first follow up (KiGGS Wave 1)]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 57(7), 849–859. <https://doi.org/10.1007/s00103-014-1985-5>
- Lips, H. M., Bloom, K., Barnett, H. (1993). *Psychometric evaluation of a new scale to measure maternal self-confidence*. Unpublished manuscript.
- Liu, C.-C., Chen, Y.-C., Yeh, Y.-P., & Hsieh, Y.-S. (2012). Effects of maternal confidence and competence on maternal parenting stress in newborn care. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 908–918. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05796.x>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343.
- Lucas, R., Paquette, R., Briere, C.-E., & McGrath, J. G. (2014). Furthering our understanding of the needs of mothers who are pumping breast milk for infants in the NICU: an integrative review. *Advances in Neonatal Care : Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 14(4), 241–252. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000110>
- Luebering, A. (1995). *The Relationship between Perceived Parental Self-Efficacy and Childrearing Beliefs among First-Time Mothers of Infants*. Retrieved from <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED382382.pdf>

- Machul, D. (2008). *Frühgeburt: Elterlicher Bedarf an professioneller Unterstützung während des Klinikaufenthalts*. Humbolt-Universität Berlin.
- Martini, J., Einbock, K., Wintermann, G. B., Klotsche, J., Junge-Hoffmeister, J., & Hoyer, J. (2009). Die Depression-Angst-Stress-Skala für die Peripartalzeit: Ein Screeninginstrument für die Schwangerschaft und das Wochenbett. *Klinische Diagnostik Und Evaluation*, 4(2), 288–309.
- Meyer, E. C., Snelling, L. K., & Myren-Manbeck, L. K. (1998). Pediatric intensive care: the parents' experience. *Advanced Critical Care*, 9(1), 64–74.
- Miceli, P., Marcie Goeke-Morey, Thomas Whitman, Kathleen Kolberg, Cynthia Miller-Loncar, & Robert White. (2000). Brief Report: Birth Status, Medical Complications, and Social Environment: Individual Differences in Development of Preterm, very low birth weight Infants. *Journal of Pediatric Psychology*, 25(5), 353–358.
- Mildenberger, E. (2010). Familienzentrierte Neonatologie: Rooming-in für kranke Neugeborene. *Frühe Kindheit*, 1, 6–9.
- Miles, M. S., Funk, S. G., & Kasper, M. A. (1991). The neonatal intensive care unit environment: sources of stress for parents. *Advanced Critical Care*, 2(2), 346–354.
- Montigny, F., & Lacharité, C. (2005). Perceived parental efficacy: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 49(4), 387–396.
- Mooney, C. G. (2010). *Theories of attachment: An introduction to Bowlby, Ainsworth, Gerber, Brazelton, Kennell, and Klaus* (Redleaf professional library). St. Paul, MN: Redleaf Press.
- Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Jaunin, L., Borghini, A., & Ansermet, F. (2004). Prematurity, maternal stress and mother-child interactions. *Early Human Development*, 79(2), 145–158. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2004.05.002>
- Mundy, C. A. (2010). Assessment of family needs in neonatal intensive care units. *American Journal of Critical Care : an Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 19(2), 156–163. <https://doi.org/10.4037/ajcc2010130>
- Ocampo, A. C. de, Macias, M. M., Saylor, C. F., & Katikaneni, L. D. (2003). Caretaker perception of child vulnerability predicts behavior problems in NICU graduates. *Child Psychiatry and Human Development*, 34(2), 83–96.
- O'Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 379–407. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>
- Ortenstrand, A., Westrup, B., Broström, E. B., Sarman, I., Akerström, S., Brune, T., . . . Waldenström, U. (2010). The Stockholm Neonatal Family Centered Care Study: effects on length of stay and infant morbidity. *Pediatrics*, 125(2), 85. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-1511>
- Pearson, R., Lightman, S., & Evans, J. (2011). Attentional processing of infant emotion during late pregnancy and mother–infant relations after birth. *Archives of Women's Mental Health*, 14(1), 23–31. <https://doi.org/10.1007/s00737-010-0180-4>
- Petersen, M. F. (2004). Family-Centered Care: Do We Practice What We Preach? *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 33(4), 421–427. <https://doi.org/10.1177/0884217504266772>
- Pierrehumbert, B., Nicole, A., Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., & Ansermet, F. (2003). Parental post-traumatic reactions after premature birth: implications for sleeping and eating problems in the infant. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, 88(5), 4.
- Pineda, R. G., Stransky, K. E., Rogers, C., Duncan, M. H., Smith, G. C., Neil, J., & Inder, T. (2012). The single-patient room in the NICU: maternal and family effects. *Journal of Perinatology* :

- Official Journal of the California Perinatal Association*, 32(7), 545–551.
<https://doi.org/10.1038/jp.2011.144>
- Raiskila, S., Axelin, A., Toome, L., Caballero, S., Tandberg, B. S., Montirosso, R., . . . Lehtonen, L. (2017). Parents' presence and parent-infant closeness in 11 neonatal intensive care units in six European countries vary between and within the countries. *Acta Paediatrica*, 106(6), 878–888. <https://doi.org/10.1111/apa.13798>
- Reck, C., Klier, C. M., Pabst, K., Stehle, E., Steffenelli, U., Struben, K., & Backenstrass, M. (2006). The German version of the Postpartum Bonding Instrument: psychometric properties and association with postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 9(5), 265–271. <https://doi.org/10.1007/s00737-006-0144-x>
- Reichert, J., & Rüdiger, M. (2012). *Psychologisch-sozialmedizinische Versorgung von Eltern Frühgeborener. Neonatologie im Detail: 3. Bd.* Stuttgart: Ligatur.
- Ribeiro, N. A., & Kase, J. S. (2017). The evolution of parental self-efficacy in knowledge and skill in the home care of preterm infants. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine*, 6(1), e060118. <https://doi.org/10.7363/060118>
- RKI und DESTATIS. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Retrieved from <http://www.gbe-bund.de>
- Ruby, A., Hall, S., Hoffenkamp, H. N., Tooten, A., Braeken, J., Ad, J., . . . van Bakel, A. (2015). Child-rearing history and emotional bonding in parents of preterm and full-term infants. *Journal of Child and Family Studies*, 24(6), 1715.
- Shandor Miles, M., & Holditch-Davis, D. (1995). Compensatory parenting: How mothers describe parenting their 3-year-old, prematurely born children. *Journal of Pediatric Nursing*, 10(4), 243–253. [https://doi.org/10.1016/S0882-5963\(05\)80021-1](https://doi.org/10.1016/S0882-5963(05)80021-1)
- Shepley, M. M., Harris, D. D., White, R., & Steinberg, F. (Eds.) 2008. *Impact of single family NICU rooms on family behavior*.
- Shorey, S., Chan, S. W.-C., Chong, Y. S., & He, H.-G. (2014). Predictors of Maternal Parental Self-Efficacy Among Primiparas in the Early Postnatal Period. *Western Journal of Nursing Research*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/0193945914537724>
- Singer, L. T., Salvator, A., Guo, S., Collin, M., Lilien, L., & Baley, J. (1999). Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very low-birth-weight infant. *Jama*, 281(9), 799–805.
- Slade, A., Belsky, J., Aber, J. L., & Phelps, J. L. (1999). Mothers' representations of their relationships with their toddlers: Links to adult attachment and observed mothering. *Developmental Psychology*, 35(3), 611–619. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.35.3.611>
- Smith, V. C., Hwang, S. S., Dukhovny, D., Young, S., & Pursley, D. M. (2013). Neonatal intensive care unit discharge preparation, family readiness and infant outcomes: connecting the dots. *Journal of Perinatology : Official Journal of the California Perinatal Association*, 33(6), 415–421. <https://doi.org/10.1038/jp.2013.23>
- Smith, V. C., Young, S., Pursley, D. M., McCormick, M. C., & Zupancic, J. A. F. (2009). Are families prepared for discharge from the NICU? *Journal of Perinatology : Official Journal of the California Perinatal Association*, 29(9), 623–629. <https://doi.org/10.1038/jp.2009.58>
- Smithgall, L. M. (2010). *Perceptions of Maternal Stress and Neonatal Patient Outcomes in a Single Private Room versus Open Room Neonatal Intensive Care Unit Environment*. (Paper 1772): Electronic Theses and Dissertations. Retrieved from <http://dc.etsu.edu/etd/1772>
- Sneath, N. (2009). Discharge teaching in the NICU: are parents prepared? An integrative review of parents' perceptions. *Neonatal Network*, 28(4), 237–246. <https://doi.org/10.1891/0730-0832.28.4.237>

- Spehar, M., & Seidl, Eliane Maria Fleury. (2013). Maternal perceptions in the kangaroo method: skin-to-skin care, breastfeeding and self-efficacy. *Psicologia Em Estudo*, 18(4), 647–656.
- Spielman, V., & Taubman - Ben-Ari, O. (2009). Parental Self-Efficacy and Stress-Related Growth in the Transition to Parenthood: A Comparison between Parents of Pre- and Full-Term Babies. *Health and Social Work*, 34(3), 201–212. <https://doi.org/10.1093/hsw/34.3.201>
- Stadt Leipzig, Amt für Statistik und Wahlen. *Statistisches Jahrbuch 2016*: Stadt Leipzig, Amt für Statistik und Wahlen, pp. 1–254.
- Stein, A., Gath, D. H., Bucher, J., Bond, A., Day, A., & Cooper, P. J. (1991). The relationship between post-natal depression and mother-child interaction. *The British Journal of Psychiatry : the Journal of Mental Science*, 158, 46–52.
- Tallandini, M. A., & Scalembra, C. (2006). Kangaroo mother care and mother-premature infant dyadic interaction. *Infant Mental Health Journal*, 27(3), 251–275. <https://doi.org/10.1002/imhj.20091>
- Tessier, R., Cristo, M., Velez, S., & Girón, M. (1998). Kangaroo Mother Care and the Bonding Hypothesis. *Pediatrics*, 102(2). Retrieved from <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/102/2/e17.full.pdf>
- Teti, D. M., O'Connell, M. A., & Reiner, C. D. (1996). Parenting Sensitivity, Parental Depression and Child Health: The Mediational Role of Parental Self-Efficacy. *Early Development and Parenting*, 5(4), 237–250.
- Thomasgard, M., & Metz, W. P. (1995). The Vulnerable Child Syndrome Revisited. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 16(1), 47–53. <https://doi.org/10.1097/00004703-199502000-00008>
- Treyvaud, K. (2014). Parent and family outcomes following very preterm or very low birth weight birth: a review. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 19(2), 131–135. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2013.10.008>
- Treyvaud, K., Lee, K. J., Doyle, L. W., & Anderson, P. J. (2014). Very preterm birth influences parental mental health and family outcomes seven years after birth. *The Journal of Pediatrics*, 164(3), 515–521. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.11.001>
- Tristão, R. M., Neiva, E. R., Barnes, C. R., & Adamson-Macedo, E. (2015). Validation of the scale of perceived self-efficacy of maternal parenting in a brazilian sample. *Journal of Human Growth and Development*, 25(3), 277. <https://doi.org/10.7322/jhgd.96759>
- Turner, M., Chur-Hansen, A., & Winefield, H. (2014). The neonatal nurses' view of their role in emotional support of parents and its complexities. *Journal of Clinical Nursing*, 23(21-22), 3156–3165. <https://doi.org/10.1111/jocn.12558>
- Van Bussel, J. C., Spitz, B., & Demyttenaere, K. (2010). Three self-report questionnaires of the early mother-to-infant bond: reliability and validity of the Dutch version of the MPAS, PBQ and MIBS. *Archives of Women's Mental Health*, 13(5), 373–384. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0140-z>
- Vigod, S. N., Villegas, L., Dennis, C.-L., & Ross, L. E. (2010). Prevalence and risk factors for post-partum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. *BJOG : an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 117(5), 540–550. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02493.x>
- Ward, K. (2001). Perceived Needs of Parents of critically ill Infants in a Neonatal Intensive Care Unit (NICU). *Pediatric Nursing*, 27(3), 281–286.

- Wataker, H., Meberg, A., & Nestaas, E. (2012). Neonatal family care for 24 hours per day: effects on maternal confidence and breast-feeding. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 26(4), 336–342. <https://doi.org/10.1097/JPN.0b013e31826d928b>
- Wense, A. von der, & Bindt, C. (2013). *Risikofaktor Frühgeburt: Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln* (1., Originalausgabe). *Risikofaktoren der Entwicklung im Kindes- und Jugendalter*. Weinheim, Bergstr: Beltz, J.
- White, R. D. (2004). Mothers' arms--the past and future locus of neonatal care? *Clinics in Perinatology*, 31(2), 383. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2004.04.009>
- Wigert, H., Johansson, R., Berg, M., & Hellström, A. L. (2006). Mothers' experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(1), 35–41. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2006.00377.x>
- Wildner, N. (2011). Bewertung und Vergleich der psychischen Belastung von Müttern Frühgeborener und Müttern von Neugeborenen mit kongenitalen Fehlbildungen innerhalb der ersten vier Lebenswochen.
- Wittkowski, A., Williams, J., & Wieck, A. (2010). An examination of the psychometric properties and factor structure of the Post-partum Bonding Questionnaire in a clinical inpatient sample. *The British Journal of Clinical Psychology*, 49(Pt 2), 163–172. <https://doi.org/10.1348/014466509X445589>
- Wolke, D., Schulz, J., & Meyer, R. (2001). *Entwicklungslangzeitfolgen bei ehemaligen, sehr unreifen Frühgeborenen Bayerische Entwicklungsstudie* (No. 0). *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 149, S53-S61.
- Wolke, D., Eryigit-Madzwamuse, S., & Gutbrod, T. (2014). Very preterm/very low birthweight infants' attachment: infant and maternal characteristics. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, 99(1), 5. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2013-303788>
- World Health Organization. (1998). *Evidence for the ten steps to successful breastfeeding*.
- Zelkowitz, P., Papageorgiou, A., Bardin, C., & Wang, T. (2009). Persistent maternal anxiety affects the interaction between mothers and their very low birthweight children at 24 months. *Early Human Development*, 85(1), 51–58. <https://doi.org/10.1016/j.earlhum-dev.2008.06.010>
- Zietlow, A.-L., Schlüter, M. K., Nonnenmacher, N., Müller, M., & Reck, C. (2014). Maternal self-confidence postpartum and at pre-school age: the role of depression, anxiety disorders, maternal attachment insecurity. *Maternal and Child Health Journal*, 18(8), 1873–1880. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1431-1>

9 Anlagen

9.1 Fragebögen

Folgend werden die Fragebögen der Studie aufgeführt. Es wurden nicht alle Daten ausgewertet, die erhoben wurden. Diese werden jedoch der Vollständigkeit willen mit aufgeführt.

Fragebogen zur Mutter-Kind-Beziehung (PBQ)

Kreuzen Sie bitte an, wie oft folgende Aussagen für Sie zutreffend sind. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten.

		Immer	Sehr oft	Oft	Manch-mal	Sel-ten	Nie
1	Ich fühle mich meinem Baby nahe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ich wünsche mir die Zeit zurück, als ich noch kein Baby hatte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ich fühle mich meinem Baby gegenüber distanziert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ich kuschle gerne mit meinem Baby.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Mein Baby regt mich auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Mein Baby irritiert mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Ich fühle mich glücklich, wenn mein Baby lächelt/lacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Ich liebe mein Baby über alles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Ich liebe es, mit meinem Baby zu spielen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Ich fühle mich als Mutter gefangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Ich bin auf mein Baby böse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Mein Baby ist mir lästig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Mein Baby ist das Schönste auf der ganzen Welt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Mein Baby macht mich ängstlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Mein Baby macht mich ärgerlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Mein Baby ist leicht zu beruhigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen zur mütterlichen Selbstwirksamkeit (PMP-SE)

In den folgenden Fragen geht es darum, wie Sie und Ihr Baby miteinander interagieren. Bitte kreuzen Sie die Antwort an, die ihre Auffassung der Situation am besten beschreibt. z.B. Stimmt überhaupt nicht, stimmt eher nicht, stimmt ein wenig, stimmt genau

		Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt ein wenig	Stimmt genau
		1	2	3	4
1	Ich denke, dass ich weiß, wann mein Baby müde ist und schlafen muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ich denke, dass ich die Kontrolle über die Pflege meines Babys habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ich weiß, wann mein Baby krank ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ich kann die Zeichen meines Babys deuten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Ich kann mein Baby fröhlich stimmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Ich glaube, dass mein Baby gut auf mich reagiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Ich denke, dass mein Baby und ich gut miteinander interagieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Ich kann mein Baby beruhigen, wenn es schreit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Ich bin gut darin mein Baby zu beruhigen, wenn es ausdauernd schreit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Ich bin gut darin mein Baby zu beruhigen, wenn es unruhiger wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Ich bin gut darin, zu verstehen was mein Baby will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Ich bin gut darin, die Aufmerksamkeit von meinem Baby zu bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Ich bin gut darin zu wissen, welche Aktivitäten mein Baby nicht mag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Ich bin gut darin, mein Baby zu beschäftigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Ich bin gut darin, mein Baby zu füttern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Ich bin gut darin, mein Baby umzuziehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Ich bin gut darin, mein Baby zu baden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Ich kann meinem Baby Gefühle zeigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen zum mütterlichen Selbstvertrauen (LMSCS)

		Stimmt völlig					Stimmt gar nicht
		1	2	3	4	5	6
1	Ich glaube, ich bin eine gute Mutter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ich bin ruhig und entspannt, wenn ich mit meinem Baby zusammen bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ich fühle mich nervös und unsicher, wenn ich mit meinem Baby umgehe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ich glaube nicht, dass ich genug Geduld im Umgang mit meinem Baby habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Mutter zu sein erscheint mir sehr einfach.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Ich gerate in Panik, wenn mein Baby zu schreien beginnt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Ich bin mir nicht sicher, ob ich die Mutter bin, die ich sein sollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Ich mache meine Sache als Mutter nicht besonders gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Ich bin sicher, dass ich lernen kann, was ich brauche, um mein Baby gut zu erziehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Ich fühle mich ungeschickt und unbeholfen beim Versorgen des Babys.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Ich bin jemand, der eine gute Mutter sein kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Andere Leute meinen, dass ich eine gute Mutter bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Im Allgemeinen fühle ich mich als Mutter sicher und voller Selbstvertrauen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Manchmal scheint mir die Verantwortung einer Mutter mehr zu sein, als ich bewältigen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Ich mache mir viele Sorgen, ob ich das Beste für mein Baby tue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Ich bin stolz, wie ich mein Baby beruhigen kann, wenn es aufgeregt ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Ich weiß, dass ich meinem Baby vieles beibringen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Ich finde gewöhnlich heraus, was mein Baby will, wenn es schreit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Eine Mutter zu sein, scheint mehr Energie zu verlangen, als ich manchmal zur Verfügung habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Wenn ich bei meinem Baby bin, habe ich das Gefühl, stark zu sein und ihm Schutz geben zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Seit ich Mutter geworden bin, habe ich das Gefühl, ich sei viel häufiger krank gewesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Viele meiner Freundinnen und Bekannten sind bessere Mütter als ich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Ich brauche viele Ratschläge im Umgang mit meinem Baby.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Muttersein ist schwieriger, als ich mir vorgestellt habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen zum psychischen Befinden der Mütter (DASS-P)

Die folgenden Fragen helfen Ihrem Arzt/Ärztin, mögliche emotionale Beschwerden vor und nach der Geburt frühzeitig zu erkennen. Bitte lesen Sie die einzelnen Aussagen sorgfältig durch und kreuzen Sie die Antwort an, die Ihrem Befinden *in den letzten beiden Wochen* am besten entspricht. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten.

Während der letzten beiden Wochen...

		Nie	Manch -mal	oft	Sehr oft
		1	2	3	4
1	...hatte ich jegliches Interesse verloren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	...schien es mir unmöglich, positive Gefühle zu empfinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	...fühlte ich mich als Person wertlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	...fand ich kein Vergnügen und keine Freude an den Dingen, die ich tat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	...hatte ich das Gefühl, dass es nichts gibt, worauf ich mich freuen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	...machte ich mir Sorgen über Situationen, in denen ich panisch reagieren oder mich blamieren könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	... hatte ich ohne ersichtlichen Grund Angst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	...war ich kurz davor, panisch zu reagieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	...befürchtete ich, mich könnten einfache aber unbekannte Aufgaben umwerfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	...gab es Situationen, die mich so ängstlich machten, dass ich erleichtert war, wenn die Situationen vorüber waren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	...konnte ich es nur schwer tolerieren, wenn ich unterbrochen wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	...war ich aufgeregt und aufgewühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	...war ich ständig in einem nervös-angespannten Zustand.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	...konnte ich mich nur schwer wieder beruhigen, nachdem mich etwas aufgeregt hatte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	...war ich sehr empfindlich, reizbar und missgelaunt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gründe für/gegen ein Rooming-in

*Bitte kreuzen Sie an, was für Sie zutrifft. Mehrfachnennungen sind möglich.
Bitte markieren Sie Ihren wichtigsten Grund, indem Sie ihn umkreisen.*

Ich werde ein Rooming-in wahrnehmen

weil ich...

- mehr Zeit mit meinem Kind verbringen möchte ☐
- mehr Verantwortung für mein Kind übernehmen möchte ☐
- auch nachts für mein Kind da sein möchte ☐
- mich dazu verpflichtet fühle ☐
- mehr Kontrolle über die Entwicklung
meines Kindes haben möchte ☐
- dadurch mehr Möglichkeiten zum Stillen habe ☐
- weil ich dem Pflegepersonal Arbeit abnehmen möchte ☐

andere Gründe:  _____

*Bitte kreuzen Sie an, was für Sie zutrifft. Mehrfachnennungen sind möglich.
Bitte markieren Sie Ihren wichtigsten Grund, indem Sie ihn umkreisen.*

Ich werde ein Rooming-in nicht wahrnehmen:

weil ich...


- andere Kinder zu Hause betreue ☐
- gesundheitliche Gründe ☐
- familiäre Verpflichtungen ☐
- berufliche Verpflichtungen ☐
- weil ich mich im Krankenhaus unwohl fühle ☐
- weil ich im Krankenhaus schlecht schlafen kann ☐
- weil ich mich zu Hause über Nacht ausruhen möchte ☐

andere Gründe:



Erwartungen an das Rooming-in

Nun möchten wir Ihnen noch einige Fragen zur Nachsorgestation stellen:

Welche Erwartungen haben Sie an die Zeit auf der Nachsorgestation? 

Fragen zur Vorbereitung auf die Entlassung

		Stimmt völlig					stimmt gar nicht
		1	2	3	4	5	6
1	Ich fühle mich auf die Entlassung vorbereitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ich fühle mich sicher, für mein Kind zu sorgen auch ohne Anwesenheit von Pflegepersonal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Der Aufenthalt auf der Nachsorgestation hat mich gestärkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ich fühle mich ausreichend eingewiesen in die Pflege meines Kindes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Ich fühle mich ausreichend informiert bezüglich der stattgefundenen medizinischen Versorgung meines Kindes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stillen Sie? Voll ☐ teilweise ☐ nein ☐

Was nehmen Sie mit von der Zeit auf der Nachsorgestation?

In welchen Bereichen haben sich Ihre Erwartungen erfüllt?

In welchen Bereichen haben sich Ihre Erwartungen nicht erfüllt?

Bitte schätzen Sie im Folgenden ein, was Ihnen während Ihres Aufenthaltes auf der Nachsorgestation geholfen hat.

		nicht gehol- fen	wenig gehol- fen	deutlich gehol- fen	sehr gehol- fen
		1	2	3	4
1	... dass ich besser lernen konnte, die Sig- nale meines Kindes zu verstehen.				
2	... das ständige Zusammensein mit mei- nem Kind.				
3	... als Mutter die Verantwortung für mein Kind übernehmen zu können.				
4	... durch die Zeit auf der Nachsorge Si- cherheit im Umgang mit meinem Kind er- langt zu haben.				
5	... dass ich die Angst verloren habe, mein Kind nicht ausreichend betreuen zu kön- nen.				

Ergänzend hat mir Folgendes geholfen :

Fragen zur Sicherheit im Umgang mit dem Kind und Informationsbedarf
der Mütter zum Zeitpunkt des Follow-ups

		Stimmt völlig					stimmt gar nicht
		1	2	3	4	5	6
1	Ich fühle mich sicher, für mein Kind zu Hause zu sorgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ich bin ängstlich, wenn ich mein Kind zu Hause versorge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ich benötige mehr Informationen bezüglich des medizinischen Zustands meines Kindes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ich benötige mehr Informationen bezüglich der Pflege meines Kindes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Fragen zu Unsicherheiten der Mütter zu Hause

In welchen Gebieten fühlen Sie sich noch unsicher?

Soziodemographische Daten*

*nicht alle Daten wurden ausgewertet, werde hier jedoch hier zur Vollständigkeit mitaufgeführt

Wie hoch ist das monatliche Nettoeinkommen aller Haushaltsmitglieder insgesamt?			
Nettoeinkommen: Die Summe aus Lohn/Gehalt/Einkommen usw. nach Abzug von Steuern und Sozialabgaben			
unter 500 €	<input type="checkbox"/>	3000 € bis unter 4000 €	<input type="checkbox"/>
500 € bis unter 1000 €	<input type="checkbox"/>	4000 € bis unter 5000 €	<input type="checkbox"/>
1000 € bis unter 2000 €	<input type="checkbox"/>	5000 € bis unter 6000 €	<input type="checkbox"/>
2000 € bis unter 3000 €	<input type="checkbox"/>	6000 € und mehr	<input type="checkbox"/>

Höchster Abschluss der Mutter		Höchster Abschluss des Vaters	
Kein Schulabschluss	<input type="checkbox"/>	Kein Schulabschluss	<input type="checkbox"/>
Förderschulabschluss	<input type="checkbox"/>	Förderschulabschluss	<input type="checkbox"/>
Hauptschulabschluss	<input type="checkbox"/>	Hauptschulabschluss	<input type="checkbox"/>
Realschulabschluss	<input type="checkbox"/>	Realschulabschluss	<input type="checkbox"/>
Abitur/Fachhochschulreife	<input type="checkbox"/>	Abitur/Fachhochschulreife	<input type="checkbox"/>
Universität/Fachhochschule	<input type="checkbox"/>	Universität/Fachhochschule	<input type="checkbox"/>
Berufstätig ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Berufstätig ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/>		Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/>	
Wenn ja, Beruf der Mutter: 		Wenn ja, Beruf des Vaters: 	

Haben Sie noch andere Kinder/ hat Ihr Kind Geschwister
(oder Halb-/Stiefgeschwister)? NEIN ☐ JA ☐

Falls JA, wie alt sind sie?

- 1: Bruder ☐ Schwester ☐ Alter: ____ Halbgeschw. ☐ Stiefgeschw. ☐
2: Bruder ☐ Schwester ☐ Alter: ____ Halbgeschw. ☐ Stiefgeschw. ☐
3: Bruder ☐ Schwester ☐ Alter: ____ Halbgeschw. ☐ Stiefgeschw. ☐
4: Bruder ☐ Schwester ☐ Alter: ____ Halbgeschw. ☐ Stiefgeschw. ☐

Anfahrtsdauer zum Klinikum St.Georg: ungefähr _____ Stunden/Minuten

Sind Sie: in einer Lebensgemeinschaft ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ getrennt ☐
Ich lebe mit Partner ☐ Ich lebe ohne Partner ☐

Geburtsdatum Mutter: _____ Geburtsdatum Vater: _____

Herkunft (Mutter): _____ Herkunft (Vater): _____

Anzahl der Schwangerschaften (mit dieser Schwangerschaft): _____

Anzahl an Geburten (mit dieser Geburt): _____

Anzahl an Kaiserschnitten (mit ggf diesem): _____

Anzahl an vorherigen Frühgeburten: _____

Vorheriger Aufenthalt auf der Frühgeborenen-Station: Ja ☐ Nein ☐

Erfahrungen mit der Frühgeborenen-Station: Ja ☐ Nein ☐

Nehmen Sie Medikamente ein: Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche? _____

Vorerkrankungen der Mutter:

Waren Sie schon einmal in psychologischer Behandlung? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, weshalb? _____

Rooming-in Unterbringung: 1-Bett Zimmer ☐ 2-Bett Zimmer ☐ 3-Bett Zimmer ☐
4-Bett Zimmer ☐

Elternzimmerbenutzung : ____Tage **Elternzimmer war verfügbar:** ja ☐ Nein ☐

Aufenthalt auf der Wochenbettstation von.....bis.....

9.2 Erklärung über die eigenständige Abfassung der Arbeit

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne unzulässige Hilfe oder Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Ich versichere, dass Dritte von mir weder unmittelbar noch mittelbar eine Vergütung oder geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen, und dass die vorgelegte Arbeit weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde zum Zweck einer Promotion oder eines anderen Prüfungsverfahrens vorgelegt wurde. Alles aus anderen Quellen und von anderen Personen übernommene Material, das in der Arbeit verwendet wurde oder auf das direkt Bezug genommen wird, wurde als solches kenntlich gemacht. Insbesondere wurden alle Personen genannt, die direkt an der Entstehung der vorliegenden Arbeit beteiligt waren. Die aktuellen gesetzlichen Vorgaben in Bezug auf die Zulassung der klinischen Studien, die Bestimmungen des Tierschutzgesetzes, die Bestimmungen des Gentechnikgesetzes und die allgemeinen Datenschutzbestimmungen wurden eingehalten. Ich versichere, dass ich die Regelungen der Satzung der Universität Leipzig zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis kenne und eingehalten habe.

.....
Datum

.....
Unterschrift

9.4 Veröffentlichungsverzeichnis

Teile dieser Arbeit wurden als Poster vorgestellt: „Mütterliches Rooming-in bei frühgebo-
renen Kindern: Entwicklung von mütterlicher Selbstwirksamkeit, Bonding und emotiona-
lem Befinden“ beim 28. Deutschen Kongress für Perinatale Medizin in Berlin November
2017.

10 Danksagung

Ich bedanke mich ganz herzlich bei meinen Betreuerinnen Fr. Dr. Annette Klein, Fr. Prof. Dr. Robel-Tillig und meinem Betreuer Prof. Dr. Kai von Klitzing für die sehr gute und intensive Betreuung meiner Arbeit.

Des Weiteren möchte ich mich ganz herzlich bei allen Teilnehmerinnen der Studie für ihr Mitwirken bedanken.

Mein Dank gilt außerdem dem Team der Nachsorgestation des Klinikum St. Georg für die gute Kooperation.

Ich danke besonders meinem Bruder und Niklas für die sehr gute Beratung und das Korrekturlesen der Arbeit.

Weiterhin möchte ich mich ganz herzlich bei meinen Eltern für die immerwährende Unterstützung während meines Studiums und der Doktorarbeit bedanken.